

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO**  
**UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**

## **Fatores que Influenciam a Preferência pela Via do Parto**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**Filipa Sofia Duarte Rodrigues Moreira**

Orientadores

Professor Carlos Manuel Torres Almeida

Professor João Francisco de Castro



Vila Real, 2014



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO**  
**UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**

## **Fatores que Influenciam a Preferência pela Via do Parto**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**Filipa Sofia Duarte Rodrigues Moreira**

Orientadores

Carlos Manuel Torres Almeida

Mestre em Filosofia com Especialização em Bioética, Professor Adjunto da Escola Superior  
de Enfermagem de Vila Real-UTAD

João Francisco de Castro,

Mestre em Bioética, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de  
Vila Real-UTAD



Vila Real, 2014

Moreira. F.S.D.R. (2014). *Fatores que influenciam a preferência pela via do parto*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

PALAVRAS-CHAVE: PARTO NORMAL, CESARIANA, ESCOLHA, ESCALA, DETERMINANTES.

“O aumento do conhecimento é como uma esfera dilatando-se no espaço: quanto maior a nossa compreensão, maior o nosso contato com o desconhecido.”

Blaise Pascal



Às futuras mães





## **AGRADECIMENTOS**

Expresso aqui a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho o meu especial agradecimento.

Aos meus orientadores, Professor Carlos Torres e Professor João Castro pela sua disponibilidade, motivação e orientação, em especial nos meus momentos de desnorte.

Ao António por percorrer os caminhos da vida ao meu lado.

Ao Guilherme, ao Alexandre e à Madalena, pelos momentos de indisponibilidade e de impaciência.

E por fim às mulheres que participaram neste estudo, que sem elas a sua concretização não teria sido possível, este trabalho é para elas.



## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS .....	xi
ÍNDICE DE QUADROS .....	xiii
ÍNDICE DE ANEXOS .....	xv
RESUMO .....	xvii
ABSTRACT .....	xix
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>1.1. Breve resenha histórica sobre a “arte de partejar” .....</b>	<b>26</b>
<b>1.2. Parto eutócico .....</b>	<b>29</b>
1.2.1. Parto humanizado .....	32
1.2.2. Parto no domicílio .....	33
1.2.3. Parto na água .....	34
1.2.3. Parto distócico por ventosa .....	36
1.2.4. Parto assistido por fórceps.....	36
<b>1.3. Parto por cesariana .....</b>	<b>37</b>
1.3.1. Complicações do parto por cesariana.....	39
1.2.3. Cesariana a pedido materno .....	40
<b>1.4. Fatores associados à preferência pela via de parto.....</b>	<b>42</b>
<b>1.5. Objetivos do estudo .....</b>	<b>49</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>51</b>
<b>2.1. Problema e hipóteses .....</b>	<b>51</b>
<b>2.2. Tipo de estudo .....</b>	<b>52</b>
<b>2.3. Definição e caracterização da amostra .....</b>	<b>53</b>
<b>2.4. Variáveis .....</b>	<b>56</b>
<b>2.5. Instrumento de colheita de dados .....</b>	<b>61</b>
2.5.1. Validação da Escala de Fatores de Preferência pela Via do Parto.....	62
<b>2.6. Procedimentos de recolha de dados .....</b>	<b>72</b>
<b>2.7. Procedimentos estatísticos de análise de dados.....</b>	<b>74</b>
<b>2.8. Procedimentos éticos .....</b>	<b>75</b>
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>77</b>

3.1. Análise descritiva .....	77
3.2. Análise inferencial.....	85
4. DISCUSSÃO.....	93
4.1. Preferência pela via do parto.....	93
4.2. Relação da idade com a preferência pela via do parto.....	94
4.3. Relação entre a via do parto e as habilitações literárias .....	95
4.4. Relação entre a via do parto e a frequência da preparação para o parto .....	95
4.5. Relação entre a preferência pela via do parto e existência de filhos e experiência de parto anterior .....	96
4.6. Relação entre o nível de informação e a preferência pela via do parto .....	98
4.7. Relação entre as quatro dimensões da EFPVP e a preferência pela via do parto....	99
4.8. Relação entre o tipo de parto realizado e a mudança de opinião.....	102
5. CONCLUSÃO .....	103
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	109
ANEXOS .....	119

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização sociodemográfica das participantes e dos companheiros.....	55
<b>Tabela 2.</b> Caracterização sociodemográfica das participantes .....	56
<b>Tabela 3.</b> Operacionalização e categorização EFPVP .....	58
<b>Tabela 4.</b> Categorização e operacionalização das variáveis sociodemográficas.....	59
<b>Tabela 5.</b> Categorização e operacionalização das variáveis da vigilância pré-natal .....	60
<b>Tabela 6.</b> Categorização e operacionalização das variáveis do pós-parto.....	61
<b>Tabela 7.</b> Matriz fatorial dos resultados.....	66
<b>Tabela 8.</b> Estatísticas e alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna da dimensão 1.....	68
<b>Tabela 9.</b> Estatísticas e alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna da dimensão 2.....	69
<b>Tabela 10.</b> Estatísticas e alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna da dimensão 3.....	70
<b>Tabela 11.</b> Estatísticas e alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna da dimensão 4.....	71
<b>Tabela 12.</b> Estatística descritiva da variável vigilância da gravidez.....	78
<b>Tabela 13.</b> Estatística descritiva da variável informação.....	79
<b>Tabela 14.</b> Estatística descritiva quanto às variáveis preparação para o parto.....	80
<b>Tabela 15.</b> Estatística descritiva quanto às variáveis da história obstétrica.....	81
<b>Tabela 16.</b> Distribuição das participantes quanto à preferência pela via do parto.....	82
<b>Tabela 17.</b> Estatística descritiva da EFPVP.....	83
<b>Tabela 18.</b> Estatística descritiva da EFPVP segundo a preferência.....	84
<b>Tabela 19.</b> Estatística descritiva da variável opinião sobre o tipo de parto.....	84
<b>Tabela 20.</b> Nível de significância do teste de qui-quadrado por simulação de Monte Carlo: preferência pela via do parto, a idade.....	85
<b>Tabela 21.</b> Tabela de contingência idade e preferência pela via do parto.....	86

<b>Tabela 22.</b> Nível de significância do teste de qui-quadrado: preferência pela via do parto, habilitações literárias.....	86
<b>Tabela 23.</b> Tabela de contingência habilitações literárias e preferência pela via do parto..	86
<b>Tabela 24.</b> Nível de significância do teste de qui-quadrado por simulação de Monte Carlo: preferência pela via do parto, gravidez planeada, preparação para o parto, consulta de vigilância .....	87
<b>Tabela 25.</b> Nível de significância do teste de qui-quadrado: preferência pela via do parto e existência de filhos.....	87
<b>Tabela 26.</b> Tabela de contingência existência de filhos e qual a preferência pela via do parto.....	88
<b>Tabela 27.</b> Nível de significância do teste de qui-quadrado por simulação de Monte Carlo: preferência pela via do parto e a informação sobre o parto e trabalho de parto.....	88
<b>Tabela 28.</b> Tabela de contingência informação sobre o trabalho de parto e parto e qual a preferência pela via do parto.....	89
<b>Tabela 29.</b> Nível de significância do teste de qui-quadrado: forma de que é adquirida a informação e a preferência pela via do parto.....	89
<b>Tabela 30.</b> Tabela de contingência informação obtida por livros e qual a preferência pela via do parto.....	90
<b>Tabela 31.</b> Tabela de contingência informação obtida pela experiência do parto anterior e qual a preferência pela via do parto.....	90
<b>Tabela 32.</b> Resultados do teste de Kruskal-Wallis aplicado às dimensões da EFPVP e via do parto .....	91
<b>Tabela 33.</b> Nível de significância do teste de qui-quadrado por simulação de Monte Carlo: tipo de parto realizado e a opinião sobre a preferência.....	92

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Cesariana-Indicações.....	38
<b>Quadro 2.</b> Distribuição final dos itens pelas dimensões.....	72





## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo A</b> - Questionário .....	CXXI
<b>Anexo B</b> - Variância total explicada.....	CXXIX
<b>Anexo C</b> - Scree Plot .....	CXXXIII
<b>Anexo D</b> - Consentimento informado .....	CXXXVII
<b>Anexo E</b> - Pedido de aplicação dos questionários no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE .....	CXLI
<b>Anexo F</b> - Aprovação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE para a implementação do questionário .....	CXLVII



## RESUMO

**Introdução:** O papel da mulher na escolha pela via do parto não é claro, no entanto sabe-se que, antecipadamente prefere uma via de parto em detrimento de outra. Essa preferência é influenciada por diversos fatores. Sejam de ordem social ou cultural, relacionados com a saúde e o bem-estar pessoal ou do bebê ou com os medos face à incerteza do parto.

**Objetivos:** O presente estudo teve como objetivo principal identificar quais os fatores que influenciam a preferência pela via de parto.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo de cariz quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, com a aplicação de um questionário desenvolvido pela própria investigadora com uma escala de fatores de preferência pela via do parto, validada para o presente estudo.

Participaram na primeira fase do estudo, 178 mulheres grávidas no terceiro trimestre de gestação a frequentar a consulta de gravidez de termo do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, dessas participantes responderam à segunda fase 84.

**Resultados:** Os resultados revelaram que a maioria das participantes (66,9%) tem preferência pelo parto vaginal, contrapondo com uma menor preferência pelo parto distócico por cesariana (9%). No entanto algumas das participantes (24,2%) referiu não ter preferência pela via do parto. Estabeleceu-se relação entre a idade materna avançada e a preferência pelo parto por cesariana. A existência de filhos e a informação adquirida com a experiência de parto anterior também se relaciona com a preferência pela via do parto.

Em relação à escala de fatores da preferência pela via do parto não se revelou estatisticamente significativa em qualquer uma das suas dimensões. Contudo a dimensão preocupação com o parto e o bebê, obteve a média mais alta.

**Conclusões:** Considera-se que este estudo contribui para uma melhor compreensão dos diversos fatores de preferência pela via do parto. As participantes neste estudo, na sua maioria preferem o parto vaginal. Salienta-se ainda o seu contributo para o elucidar da importância do papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia enquanto educador para a saúde, evidenciando que a intervenção precoce sobre os fatores determinantes da preferência pela via do parto poderá ser fundamental na mudança de opinião.

**Palavras-chave:** Parto normal, cesariana, escolha, escala, determinantes.



## ABSTRACT

**Introduction:** the role of women in choosing the route of delivery is not very clear but it's known, beforehand, that they prefer one to another. This preference is influenced by several factors. Are social or cultural factors, related to personal or the baby's health and wellness or with fears due to the uncertainty of delivery.

**Objectives:** the main aim for this study was to identify the factors that influence preference for mode of the delivery.

**Method:** a quantitative, exploratory, descriptive and transversal study was made through the use of a questionnaire developed by the researcher with a scale of delivery factors of preference, authenticated for this study.

One hundred and seventy-eight women in the third trimester of pregnancy, consulting in the pregnancy consultation in *Centro Hospitalar Tâmega e Sousa*, took part in the first stage of the study. Of these, eighty-four took part in the second stage.

**Results:** majority of participants (66.9%) have preference for vaginal delivery, contrasting with a lower preference for caesarean dystocia (9%). However some of the participants (24.2%) reported no preference for route of delivery. A relation between advanced maternal age and preference for a caesarean was established. Having children and the information acquired with previous delivery experience is also related to delivery options preferences. The scale of delivery factors of preferences didn't reveal statistic relevance in any of its dimensions. However, concerns about delivery and the baby, achieved the highest score.

**Conclusions:** this study offers a better understanding of the several preferential factors of delivery choice. The study subjects mainly prefer vaginal delivery. The importance of the specialist nurse in maternal health and obstetrics, as a health educator, was evidenced showing that early intervention on determinants of preference for the route of delivery can be fundamental in changing opinion.

**Key words:** Natural Childbirth, Caesarean, Choice, Scale, Determinants.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.c – antes de cristo

ARS – Administração Regional de Saúde do Norte

CHTS-UPA – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa- Unidade Padre Américo

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiras

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EESMO – Enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia

EFPVP - Escala de fatores de preferência pela via do parto

ID - Influência da dor na decisão pela via do parto

INE – Instituto Nacional de Estatística

ITS – Influência técnica e social na decisão pela via do parto

NHI - National Institutes of Health

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização mundial de saúde

PPB – Preocupação com o parto e com o bebé

PSB – Preocupação com a saúde e bem-estar

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization





## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1985 recomenda que as taxas de cesariana devem ser entre 10 e 15%, sendo que valores superiores a estes são medicamente injustificáveis (World Health Organization [WHO], 1985). No entanto o que se verifica é uma taxa universal global de cesarianas mais elevada atingindo valores superiores a 50% em alguns países.

Em Portugal, no ano 2011, realizaram-se 34076 partos por cesariana, onde 25 596 foram realizados nos hospitais públicos, num total de 82582 partos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2013). Dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal ocupa o quinto lugar com taxas de cesariana de 34,8% em 2011, a par da Itália, Chile e Coreia, sendo os países com maior taxa de cesariana a Turquia e o México com taxas superiores a 45%, contudo os países nórdicos como a Islândia, Finlândia, Suécia e a Holanda apresentam taxas de cesarianas entre 15% e 17%, valores que vão de encontro ao recomendado pela OMS em 1985 (OCDE, 2012). Na publicação da OCDE “Health at a Glance” (2013) as principais razões invocadas para este consecutivo aumento das taxas de cesariana são a diminuição dos riscos do parto por cesariana, conveniência de marcação de data e hora tanto para os médicos como para as grávidas, negligência nas questões de responsabilidade e a mudança na relação médico utente.

Atout (2012) refere a existência de três fatores que contribuem para o aumento das taxas de cesariana sem indicação médica. O primeiro fator está relacionado com os médicos, o medo da litigância, falta de uma segunda opinião, características do médico, como a sua idade, experiência profissional e género. O segundo fator está relacionado com a mulher, falta de informação, história de infertilidade, medo do nascimento, estado económico e características da mulher. Por fim, o terceiro fator está relacionado com a gestão, como o seguro de saúde, falta de parteiras nas maternidades e diversidade dos serviços de saúde e características hospitalares.

Odent (2005) afirma “Quando se comparam países ou cidades ou hospitais é possível adivinhar quais são as taxas de cesarianas, comparando o número de obstetras e o número

de parteiras” (p.41), ou seja, os países onde as parteiras perderam a sua autonomia e a sua especificidade apresentam taxas de cesarianas mais elevadas, abandonando assim a perspectiva fisiológica do parto.

Preocupados com este aumento progressivo das taxas de cesariana, em março de 2010 a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), criou uma comissão para a redução das taxas de cesariana, tendo como objetivos avaliar as taxas de cesariana, os motivos para a sua realização e implementar medidas que visassem a redução das taxas de cesarianas.

Após o início do trabalho da Comissão para a Redução da Taxa de Cesarianas verificou-se que a taxa de cesarianas no primeiro semestre de 2010 era de 36,05% e nos semestres subsequentes ocorreu uma redução da taxa de cesarianas, sendo no segundo semestre de 2010, 33,91% e de 30,48% no primeiro trimestre de 2011 (ARS, 2011). Embora se comece a verificar um decréscimo nas taxas de cesarianas, este número ainda se encontra longe do recomendado pela OMS.

A apresentação pública dos resultados do relatório da comissão foi realizada em outubro de 2010 pela ministra da saúde Ana Jorge, destacando o facto de terem sido identificados os motivos que levam muitas mulheres a solicitar aos seus médicos a realização da cesariana, sem que para isso exista um critério clínico (Campos et al., 2010). Os motivos que as mulheres alegam para a preferência pela cesariana estão associados ao medo da dor, ao menor risco para o bebé, a rapidez do parto e ao facto de poderem marcar o dia e a hora do nascimento do seu bebé. Estas razões são também comprovadas por outros estudos (Bonfante, Silveira, Sakae, Sammacel & Fedrizzi, 2009; Handelzalts et al., 2011).

Estes argumentos ignoram o facto de a cesariana implicar, sempre, uma taxa de morbilidade significativamente maior do que ocorre no parto vaginal (Graça, 2010).

Esta falta de consciência das famílias de que uma cesariana é um ato cirúrgico, e que, por isso, envolve riscos sérios, exige a implementação de medidas que visem a sensibilização dos profissionais de saúde e das famílias para as vantagens clínicas do parto natural (Campos et al., 2010).

A Ordem dos enfermeiros (OE) entende que a vigilância da saúde materna fetal durante a gravidez deve ser uma atividade privilegiada, nos serviços de saúde. Esta preconiza que à

grávida e ao casal deve ser fornecida, de uma forma personalizada, toda a informação que lhes permita identificar os benefícios do parto vaginal versus os riscos de uma cesariana, permitindo-lhes uma escolha informada e uma vivência participada no seu trabalho de parto (OE, 2011).

São várias as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia (EESMO), importando para este âmbito a competência, “cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (OE, 2010, p. 4). É então, responsabilidade do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia fornecer à grávida e ao casal toda a informação necessária que estes necessitem para tomarem uma decisão consciente e responsável.

Ainda no âmbito da vigilância da gravidez, a OE entende que deve haver uma mudança de paradigma onde a mulher está no centro das atenções e os profissionais de saúde envolvidos garantam a continuidade de cuidados de saúde. Assim surge o Projeto Maternidade com Qualidade no plano de atividades da OE, 2013 que visa garantir a segurança e qualidade dos cuidados, tendo sido estabelecidos vários indicadores de evidência e de medida do projeto:

- Amamentação/ primeira hora após o parto;
- Hidratação/Ingesta em trabalho de parto;
- Estimulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Episiotomia/a utilização na prática clínica;
- Alívio da dor/ medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto.

São estes os indicadores de evidência que a OE definiu em fevereiro de 2013 com o objetivo de influenciar os indicadores da prática clínica, onde se destaca para este estudo a redução do número de cesarianas em pelo menos 2%.

Tendo por base esta responsabilidade, do saber informar os casais grávidos, respeitando os seus direitos, valores e crenças, atendendo à satisfação das suas necessidades e expectativas que consideramos fundamental conhecer que fatores influenciam a preferência pela via do parto, o EESMO tem a responsabilidade social de preparar as mulheres para o momento do parto para que este possa ser vivenciado de forma tranquila e segura.

### **1.1. Breve resenha histórica sobre a “ arte de partejar”**

Historicamente o parto foi visto essencialmente como um evento feminino, onde as mulheres eram as únicas protagonistas.

No Paleolítico Inferior na Era do Gelo, as mulheres pertenciam à comunidade, desconhecendo-se o verdadeiro pai da criança, este motivo fazia com que a mulher durante o trabalho de parto e parto estivesse isolada sem ter algum tipo de ajuda. Segue-se o Paleolítico Superior, onde aparece o *Homo Sapiens* e *Cromagnon*, com um sistema social mais complexo onde as mulheres começam a ter um parceiro fixo. O parto começa a ser assistido por magos e familiares. No Neolítico, os nascimentos começam a ser atendidos pela parteira ou pelo marido. Já na Idade dos Metais, 5.000 a 4.000 antes de Cristo (a.c), com a vida urbana e rural estratificada, os nascimentos nas cidades eram atendidos por parteiras enquanto nas zonas rurais estes eram assistidos pelo marido, que tinha adquirido a sua experiência através da realização dos partos nos animais. Entre 4.000 a.c ao século V, os nascimentos eram realizados por parteiras com a mulher em posição vertical apoiada em tijolos, no colo do marido ou em pessoas da comunidade treinadas para este propósito, os partos eram realizados em casa (Sabatino & Sabatino, 2004).

No período de Hipócrates (460 a.c – 377 a.c) até ao século III da era cristã, o parto era realizado pelas parteiras, papel este reconhecido socialmente por Sócrates e Platão. No entanto, quando durante o parto surgissem complicações era solicitada a presença do médico. Mas às parteiras era permitido a realização do aborto e a prescrição de medicamentos (Rezende, 2002). Ainda neste período, surge a cadeira obstétrica frequentemente usada pelos Gregos, onde a mulher durante o parto estava em posição de sentada ou reclinada com a parteira de joelhos à sua frente aguardando pelo recém-nascido (Rezende, 2002).

É no final da Idade Média que passa a ser exigido às parteiras a realização de um exame. Estas passam a ter uma carta de licença e tem que realizar um juramento, rituais que são considerados iniciação profissional corporativos que estabelecem um compromisso perante a sociedade de então, dando reconhecimento oficial a uma atividade que pertencia exclusivamente ao mundo doméstico e ao universo feminino (Carneiro, 2008).

A história da obstetrícia tem a sua origem por volta de 1750, quando a “arte de partejar” deixou de estar assente na supremacia das parteiras e foi convertida numa categoria da cirurgia, designando-se como a “ciência do parto”, anunciado assim por Velpeau em 1835, convertendo-se nos finais do século XIX em especialidade médica (Barreto, 2007). Esta ciência surgiu em Portugal em 1772, com a reforma da Universidade de Coimbra e da sua Faculdade de medicina (Carneiro, 2008).

O nascimento tornou-se então um acontecimento controlado pelos cirurgiões, treinados em obstetrícia baseando-se na ideia de que o parto ia para além de um fenómeno controlado pela natureza para um evento fisiopatológico (Barreto, 2011), defendendo-se a ideia de que a substituição dos médicos pelas parteiras passaria a dar cuidados mais qualificados às parturientes (Rezende, 2002). No entanto, as feministas apresentam uma opinião contrária “... os médicos ao conquistarem as salas-parto, procuraram destruir a tradição dos rituais femininos com a medicalização, criticada por causar interferência desnecessária e nociva no processo natural...” (Rezende, 2002, p.20).

As alterações no exercício da “arte de partejar” entre parteiras e cirurgiões são sentidas desde o século XVI, onde ambos lutam pela sua afirmação (Carneiro, 2008).

Em diversos trabalhos sobre a história de obstetrícia, as parteiras são descritas como mulheres sujas, supersticiosas e de pouco saber. Crê-se que este discurso foi elaborado por cirurgiões, com o objetivo de desqualificarem as parteiras, ajudando-os a legitimar a sua profissão como cirurgiões-parteiros, destruindo assim a supremacia das parteiras na “arte de partejar” (Barreto, 2007). Também foi por volta desta altura que surgiram os conceitos de parto natural e parto patológico, este último com necessidade de intervenção. Esta dicotomia tornou-se fundamental na delimitação dos campos de ação da parteira. A parteira realizava o parto natural, onde não era necessário qualquer intervenção e as suas funções consistiam na realização do parto, o apoio à parturiente, receção do recém-nascido e a prestação dos cuidados (Carneiro, 2008).

Foi por volta do século XVI que se descobriram os ganchos extratores, no entanto nos escritos em sânscrito, nos anos 1500 a.c, há evidências da existência de instrumentos simples e cruzados, sendo estes ainda referenciados em várias escrituras e pinturas no Egipto, na Grécia, na Itália e antiga Pérsia onde originalmente se destinavam à extração do

feto morto para salvar a vida da mãe (Zugaib, 2008). É este instrumento que leva a que os cirurgiões reclamem para si um maior campo de intervenção, tornando o seu uso comum e é considerado como o “segredo do ofício” (Carneiro, 2008).

É no final do século XVII e nas primeiras décadas do século XIX que emergiram inúmeros tratados de obstetrícia onde constavam estudos de anatomia, patologia e fisiologia, destinados essencialmente à formação dos cirurgiões parteiros (Barreto, 2011).

A forma como cirurgiões e parteiras adquiriam o seu conhecimento era diferente. Enquanto os cirurgiões-parteiros baseavam a sua experiência nos conhecimentos médicos científicos descritos nos manuais de obstetrícia que lhe eram destinados, as parteiras aprendiam com outras parteiras já mais experientes e com a própria experiência na realização de partos. No entanto, a parteira inglesa, Sarah Stone, em 1737 no seu livro “A Complete Practice of Midwifery”, salientou a importância da formação científica das parteiras, para que estas pudessem reivindicar para si a arte de obstetrícia (Barreto, 2007).

Em 1780, em Portugal, Pina Manique ao manifestar a sua intenção numa carta endereçada à Rainha de afastar de Portugal a ignorância que existia na arte da cirurgia e sobretudo da arte de Obstetrícia, declara a sua preocupação em tornar a “arte de partejar” na ciência de partos através da qualificação de cirurgiões e parteiras, em termos científicos (Sousa, 1983 como citado em Barreto, 2011). Outra medida executada por Pina Manique para tornar a “arte de partejar” na ciência de partos foi o envio de médicos para Dinamarca e Inglaterra, para que estes adquirissem conhecimentos em cirurgia e obstetrícia e no fim dos estudos deveriam transmitir esses conhecimentos no País (Carneiro, 2008).

Foi apenas em 1836, que as parteiras portuguesas começaram a receber formação teórica, nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto e na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra estas tinham como função dotar a parteira de competências profissionais antes de esta iniciar a sua prática. A maioria das parteiras fazia os partos no domicílio uma vez que ainda não existiam estruturas assistenciais que possibilitassem os partos em ambiente hospitalar, estruturas estas que emergiram no decorrer do século XX (Carneiro, 2008).

Foi com a emergência destas estruturas que se assistiu também à consagração do poder médico, constituindo-se este como o elemento estrutural do sistema de saúde e é neste

contexto que surge uma nova profissional, a enfermeira parteira em 1919. A formação desta para além do parto, já incluía uma vasta gama de cuidados que iam desde a conceção ao puerpério, incluindo os cuidados ao recém-nascido. Mas no desenvolvimento curricular da obstetrícia apresenta-se uma linha divisória tradicional, o parto natural versus o parto intervencionado, onde as competências da parteira estão direcionadas para o parto natural (Carneiro, 2008).

Carneiro (2008) afirma que “a cirurgialização e a medicalização invadiram gradualmente o campo do parto, atingindo o seu limite nos tempos atuais em que, em rigor, quase não existe o parto natural...” (p.690).

## **1.2. Parto eutócico**

O parto é um processo fisiológico normal que a maioria das mulheres vivência sem complicações.

Pinheiro, Catarino, Leite, Freitas e Marques (2012) tendo como base a definição da OMS entende parto normal por:

Parto de início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice entre as 37 e 42 semanas completas de gestação. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição. (p.18).

No documento de consenso “Pelo direito ao Parto Normal- Uma visão partilhada” publicado pela OE em 2012, são referenciados critérios de inclusão para o parto normal, sendo suportados pela evidência científica e não realizados de forma rotineira, são eles:

- Rutura artificial de membranas, sempre que não realizada com o intuito de induzir o trabalho de parto;
- Monitorização fetal continua;
- Controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos;
- Correção de distocias dinâmicas;
- Episiotomia justificada por razões maternas ou fetais;

- Conduta ativa no 3º período do trabalho de parto;
- Parto com complicações minor – como a hemorragia pós parto ligeira e facilmente controlada, laceração de 1º e 2º grau e reparação perineal;
- Administração de antibiótico para profilaxia da infecção neonatal.

São excluídos da denominação de parto normal, sempre que ocorram as seguintes situações:

- Indução do trabalho de parto, com prostaglandinas ou ocitócicos, ou rutura artificial de membranas;
- Ventosa;
- Fórceps;
- Cesariana;
- Anestesia geral.

Nesta mesma publicação, como uma das medidas promotoras do parto normal, preconiza-se a fomentação de práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto, que incluem: o respeito pelo ritmo do trabalho de parto, a utilização do partograma para o registo do progresso do trabalho de parto, a oferta de acesso a líquidos claros a gosto, durante o trabalho de parto, o apoio na liberdade de movimentos da mulher, oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical e a possibilidade de contato pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação.

Outra medida consiste na utilização mínima de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja demonstrado, que incluem:

- Tricotomia perineal;
- Uso de clisteres;
- Descolamento de membranas no pólo inferior;
- Rotura artificial de membranas;
- Indução do trabalho de parto;
- Aceleração do trabalho de parto;
- Exames vaginais repetidos;
- Restrição de alimentos e água;
- Confinamento à cama;



- Administração de fluidos intravenosos;
- Controlo farmacológico da dor;
- Algaliação;
- Posição de litotomia;
- Esforços expulsivos dirigidos pelo pessoal de saúde;
- Manobra de Kristeller;
- Episiotomia;
- Exploração manual do útero;
- Aspiração orofaríngea do recém-nascido que nasce vigoroso;
- Separação da mãe e recém-nascido para prestar cuidados de rotina a este último.

Apesar destas medidas estarem suportadas pela evidência, ainda se constata nas maternidades portuguesas alguma resistência dos profissionais de saúde para a mudança de paradigma no cuidado assistencial às parturientes.

Na região norte, o Hospital de São João reúne, desde fevereiro de 2008, condições para a realização de um parto natural com a opção no parto de utilização de banheira de relaxamento, sala equipada para o parto natural, com luz direta. Promovem a utilização de técnicas de minimização da dor durante o trabalho de parto como a hidroterapia, musicoterapia, exercícios de relaxamento, bola e cordas específicas para parto natural, assim como a deambulação durante a fase latente do trabalho de parto.

Podem realizar parto natural grávidas de baixo risco. Como política da unidade, o Hospital de São João deixa ao critério da grávida a utilização de clisteres na admissão ao hospital, a opção por não ter soros durante o parto, a posição a adotar no parto e a decisão de quem corta o cordão, poderão ainda optar pela monitorização fetal com auscultação intermitente e pela não realização de episiotomia em qualquer circunstância.

O Hospital de São João pretende assim prestar um serviço mais humanizado, mais familiar e com mais privacidade.

Outra prática considerada pela WHO (2002) como benéfica para o parto é o plano de parto, oferecendo assim às grávidas a oportunidade de escolher como pretendem que aconteça todo o processo de parto. O plano de parto promove a reflexão sobre a forma como a

grávida pretende experienciar o seu parto, preparando assim para este acontecimento e dando-lhe o protagonismo.

### **1.2.1. Parto humanizado**

Correia (2011) afirma que para os médicos e diretores de serviço “humanizar o parto é proporcionar melhores condições e conforto às parturientes, permitir-lhes um acompanhante durante o trabalho de parto e proporcionar um atendimento mais gentil e simpático...” (p.105). No entanto, humanizar o parto consiste na devolução do protagonismo às mulheres.

Existe uma submissão das parturientes às práticas intervencionistas, acreditando que estas estão relacionadas com um bom atendimento, mesmo que sejam contra a sua vontade. O acreditar que o médico é detentor do saber faz com que as suas decisões não sejam questionadas (Pontes e Lima, 2012).

Para humanizar o parto é necessário conhecer os anseios, desejos e medos das grávidas. É fundamental ouvir a sua opinião, respeitar as suas escolhas, informa-las para que a tomada de decisão sobre o parto seja feita de forma segura e consciente (Correia, 2011).

Souza, Gaíva e Modes (2011), num estudo realizado sobre a perceção dos profissionais sobre a humanização do parto concluíram que para que este ocorra é essencial uma mudança do modelo biomédico baseado numa abordagem essencialmente técnica para uma abordagem que valorize os valores sociais e culturais da gravidez e do parto.

Num estudo realizado no Bloco de partos do Hospital Garcia da Orta sobre o significado dado à humanização do parto, os seus autores concluíram que os profissionais de enfermagem tem um significado exímio e amplo das definições do ato humanizar e conseguem integrá-los na sua prática profissional, no entanto ainda encontram algumas resistências, da equipa médica face ao parto natural, falta de diálogo na equipa de saúde, na resistência da equipa de enfermagem face a inovações na prática quotidiana e na pressão sobre os seus pares na tomada de decisões humanizadoras e no défice do rácio enfermeiro/parturiente (Santos, Matias & Silva, 2010).

Odent (2005) diz que se devia “mamiferizar o nascimento”, ou seja, eliminar o que é especificamente humano, livrando-nos assim das crenças que perturbaram os processos fisiológicos, é necessário diminuir a intervenção humana, no processo de nascimento.

Para a mudança de paradigma do modelo assistencial é necessário que a mulher tenha um papel ativo e que o protagonismo feminino seja novamente resgatado, para que as novas gerações possam nascer por meio de uma parto informado, seguro e verdadeiramente humanizado (Pontes & Lima, 2012).

### **1.2.2. Parto no domicílio**

O parto em casa é uma prática popular em certos países como a Holanda e a Suécia. No parto em casa, a família está envolvida nesta experiência e o parto pode ser ainda mais fisiológico e natural. A parturiente pode estar mais relaxada em casa do que no ambiente hospitalar (Corbett, 2008).

O parto no nosso país tradicionalmente ocorre em ambiente hospitalar, no entanto o parto no domicílio tende a aumentar. Em 2012 ocorreram 647 partos domiciliares (PORDATA, 2013) representando 0,72% dos partos realizados, embora não se possa afirmar que estes dados sejam representativos do parto domiciliar por opção, visto não ser possível fazer a distinção entre os nascimentos ocorridos em casa por opção e os restantes nascimentos.

Mas a possibilidade de escolha por parte das mulheres em relação ao local do parto, incluindo o parto no domicílio é uma realidade, pelo que o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE, preocupada com esta temática e tendo como objetivo a liberdade de escolha suportada em decisões informadas publicaram em 2012 o documento “Informação/ recomendações à grávida/ casal quando desejam um parto no domicílio”, para que o casal que deseje um parto no domicílio o prepare de forma segura e responsável.

Para um parto em casa em segurança a maioria dos profissionais de saúde concorda que devem ser preenchidos certos critérios:

- A gestação seja saudável entre as 37 e as 42 semanas com início de trabalho de parto espontâneo e bem-estar materno/fetal ao início do processo de trabalho de parto.
- A escolha do profissional adequado, ou seja é desejável que este profissional realize o acompanhamento de vigilância pré-natal, permitindo deste modo a confirmação e a garantia de um processo de gravidez normal;
- O profissional escolhido deve suportar a sua intervenção numa fisiologia assistencial que respeite o processo fisiológico;
- A distância até ao hospital, se for necessário, não devendo exceder os 10 a 15 minutos;
- O profissional de saúde deve possuir equipamento e material médico e de reanimação adequados para a assistência durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (Corbett, 2008; OE, 2012).

O parto em casa é uma opção para as mulheres que pretendem evitar intervenção médica durante o trabalho de parto e parto, contudo Olsen e Clausen (2012), numa revisão da Cocharne concluíram que não existe evidência suficiente que favoreça o parto domiciliar em relação ao parto hospitalar, visto não ser possível prever as complicações que eventualmente possam surgir no decurso do trabalho de parto e parto e em alguns países é seguramente melhor ter o parto num hospital. No entanto em países em que o parto domiciliário faz parte integrante dos cuidados da saúde materna onde a impaciência e a facilidade de acesso aos procedimentos médicos fazem com que o parto realizado no hospital tenha mais intervenção técnica/médica podendo com isso provocar complicações desnecessárias, o parto domiciliário poderá ser uma opção para quem pretende ter um parto menos intervencionado e nestes casos deverá ser realizado por uma enfermeira especialista experiente e com o apoio dos cuidados de saúde hospitalar.

### **1.2.3. Parto na água**

O parto na água foi uma escolha muito popular em alguns países na década de 80. A imersão

na água quente permite o relaxamento, a diminuição da dor, a facilidade de movimentos e uma experiência mais holística, motivos que levaram a esta popularização (Royal College of Obstetricians and Gynaecologist & Royal College of Midwives, 2006).

A evidência demonstra que as parturientes que realizaram parto na água têm menos probabilidade de sofrer trauma perineal, não sendo necessário o uso de analgesia, o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto têm menor duração e tiveram menos perda sanguínea, promove na grávida uma melhor percepção do seu corpo, aumentando assim a autoconsciência e a autoconfiança, aumenta o comportamento instintivo e o sentimento de ter o controlo, aumentando o bem-estar pós natal, permitindo uma vinculação saudável mãe, recém-nascido e o pai (Midrs, 2007)

Zanetti-Dällenbach, Lapaire, Maertens, Holzgreve e Hösli, (2006) afirmam que o parto na água é uma boa alternativa ao parto tradicional, contudo critérios de elegibilidade deverão ser cumpridos.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologist e Royal College of Midwives (2006) apoiam o parto na água para parturientes saudáveis sem complicações durante a gravidez, no entanto defende que se deve seguir diretrizes de boa prática em relação ao controlo de infeção, rutura do cordão umbilical e uma estrita adesão aos critérios de elegibilidade para que o risco de complicações seja mínimo.

Em Portugal, o Hospital são Bernardo em Setúbal oferece, desde 2008 a possibilidade das parturientes de optarem pela imersão na água durante o trabalho de parto. Como critérios de inclusão para esta escolha estão todas as grávidas com idade gestacional superior a 37 semanas e em fase ativa do trabalho de parto, com gravidez de baixo risco e a mulher/casal queiram realizar o trabalho de parto na água (Portal da saúde, 2008).

Este projeto tem como objetivos a promoção do parto normal, recuperar a posição central da mulher no processo de nascimento e diminuir a instrumentalização e mediatização do parto.

### **1.2.3. Parto distócico por ventosa**

Devido à presença de fenómenos patológicos que interferem com a dilatação do colo uterino e com a progressão do feto através do canal de parto até a sua expulsão, poderá haver uma evolução anormalmente lenta do trabalho de parto, que se designa por distocia (Machado, 2010).

Perante um episódio de distocia poderá ter que se realizar um parto assistido por ventosa, que consiste na sua aplicação na cabeça fetal, utilizando a pressão negativa para facilitar a saída do feto

As indicações fetais para a aplicação da ventosa são: sinais de hipoxia fetal durante o período expulsivo, representadas por bradicardia sustentada ou desacelerações variáveis graves, como indicações maternas sendo estas essencialmente profiláticas e tem como objetivo abreviar o período expulsivo e os esforços da parturiente (Graça & Clode, 2010)

A parturiente é colocada na posição de litotomia, para que se possa efetuar uma tração suficiente e sincronizando a força exercida pela parturiente e a força de sucção da ventosa inicia-se a progressão da cabeça fetal. (Lowdermilk, 2008a).

Apesar de não haver evidência sobre o número máximo de trações ou duração desta manobra até que possa ser abandonada, Vacca (2002) como citado por Graça e Clode (2010) preconiza que esta manobra não deve ultrapassar 3 ou 4 trações e 15 a 20 minutos, sendo sensato abandonar a aplicação da ventosa e recorrer a outro método.

### **1.2.4. Parto assistido por fórceps**

Outro método utilizado para o parto instrumental em caso de distocias é o fórceps. As indicações para a sua utilização são idênticas às do uso de ventosa (Graça & Clode 2010).

O fórceps é constituído por dois ramos articulados, sendo as suas extremidades curvas para se adaptarem ao formato da cabeça fetal impedindo a compressão do crânio, ajudando assim ao nascimento (Lowdermilk, 2008a).

Nos últimos 20 anos tem-se assistido a uma diminuição da incidência do seu uso, mas paralelamente assiste-se a aumento das taxas de cesariana. Esta diminuição do seu uso faz com que os internos de especialidade tenham cada vez menos prática na realização dos partos instrumentados o que poderá trazer alguma dificuldade na diminuição das taxas de cesariana assim como poderá traduzir-se num maior aumento de complicações nos partos instrumentados (Graça, 2010).

### **1.3. Parto por cesariana**

*Lex Caesarea*, imposição legal do Império Romano, promulgada por Numa Pompílio, onde ordenava que se fizesse uma incisão abdominal às mulheres que morriam durante o trabalho de parto para fazer a extração do feto e só depois é que poderiam ser sepultadas. Foi desta norma legal que surgiu o termo cesariana (Graça, 2010).

A cesariana é definida como o parto do feto através de incisões na parede abdominal e na parede uterina (Leveno, et al., 2003).

A primeira cesariana foi realizada em 1500 pelo suíço Jacob Nufer, que supostamente operou a sua mulher após esta ter estado em trabalho de parto durante vários dias.

Até ao início do século XIX a mortalidade materna era bastante significativa e na sua maioria das vezes era combinada com histerectomia (Zugaid, 2008).

Só em 1880, com o uso de técnicas antissépticas e com a técnica cirúrgica proposta por Keher em 1881, que consistia na abertura do útero ao nível do segmento inferior é que se obteve resultados significativos ao nível da mortalidade materna, tornando assim a incisão longitudinal no útero um evento de rotina (Zugaid, 2008; Graça, 2010).

Como referido nas páginas antecessoras deste estudo, temos vindo a assistir a um grande aumento da taxa de incidência de cesarianas. Odent (2005) aponta como principal razão para este aumento, o facto de a cesariana se ter tornado uma operação segura e é por muitos considerada "... maneira vulgar de nascer..." (p.18).

Mas, existem indicações específicas para a realização de uma cesariana. São indicações para a cesariana as situações que contraindicam ou impossibilitam o parto vaginal. Estas dividem-se em indicações para cesariana por causa materna e causa fetal (Graça, 2010).

No quadro que se segue são representadas as indicações para a cesariana, dividida por indicações maternas e indicações fetais (Graça, 2010).

**Quadro 1.**

Cesariana-Indicações

Indicações Maternas	Indicações Fetais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia significativa secundária a placenta prévia ou DPPNI</li> <li>• Desproporção feto-pélvica</li> <li>• Paragem de progressão</li> <li>• Anomalia da bacia (sequelas de poliomielite, displasia óssea ou fratura da bacia)</li> <li>• Intervenções anteriores sobre o corpo do útero (cesariana corporal, gravidez ectópica, etc)</li> <li>• Herpes genital ativa com lesões presentes</li> <li>• Patologia materna contraindicando o parto vaginal (Hérnia discal instável, cardiopatias, aneurismas, antecedentes de acidente vascular, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofrimento fetal</li> <li>• Apresentações anómalas, incluindo apresentação pélvica com características desfavoráveis o parto vaginal</li> <li>• Gestação múltipla; primeiro feto com apresentação não-cefálica; crescimento fetal discordante; gestações de mais de dois fetos</li> <li>• Macrossomia; peso fetal estimado superior a 4,500g. na população normal; peso fetal estimado superior a 4,000g. nas grávidas diabéticas.</li> <li>• Anomalias fetais, principalmente as que podem provocar distocia (hidrocefalia, teratoma sacrococcígeo de grandes dimensões, gémeos siameses, etc.)</li> <li>• Prolapso do cordão</li> </ul>

Fonte: Graça, 2010, p.690

Entre as causas mais frequentes de indicação para cesariana em Portugal, a comissão para a redução das taxas de cesariana na região norte, em 2010, concluiu que os principais motivos que levam à realização de cesarianas nos hospitais públicos da região norte parecem ser o trabalho de parto estacionário/suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, o estado fetal não tranquilizador, a apresentação pélvica, a tentativa frustrada de indução do trabalho de parto e a existência de uma cesariana anterior (Campos et al., 2010)

Graça (2010) enumera outros fatores que fazem aumentar esta lista de razões para o aumento das taxas de cesariana, sem que estes representem benefício na proteção da saúde materna e do recém-nascido, são eles diminuição do número de filhos por mulher, o que fez aumentar significativamente o número de partos em nulíparas, grupo em que é mais provável o nascimento por cesariana, aumento da obesidade materna, taxa de induções do parto irracional o que principalmente entre nulíparas, aumenta a indução do trabalho de parto falhada e conseqüente cesariana, diminuição do treino dos obstetras no parto



instrumental, fórceps e ventosa, opção da grávida, preocupação dos obstetras relativamente ao risco de litigância judicial, entre outros.

### **1.3.1. Complicações do parto por cesariana**

A cesariana implica sempre, uma taxa de morbilidade materna significativamente mais elevada do que é observada no parto vaginal (Graça, 2010).

Embora se tenha vindo a constatar que os riscos inerentes a todos os tipos de parto estão a diminuir, é necessário ter em conta algumas das complicações que ainda se verificam, independentemente das boas práticas. O parto vaginal continua a ter uma menor incidência de complicações e de menor gravidade do que a cesariana (Campos et al. 2010).

As complicações do parto por cesariana podem ser de causa obstétrica, cirúrgica ou anestésica, com consequências tanto para o feto como para a mãe.

Entre essas complicações temos o risco infeccioso, risco hemorrágico e tromboembólico, sendo estas a que mais preocupam, devido a serem as mais frequentes e com maior gravidade (Graça, 2010).

No que diz respeito ao feto, a cesariana eletiva não precedida de trabalho de parto, sobretudo se esta é realizada antes das 39 semanas, está associada a maior incidência de dificuldade respiratória no período neonatal, particularmente nas grávidas com diabetes mal controlada. Existe também evidência de que a cesariana se traduz numa insuficiente colonização do trato gastrointestinal do recém-nascido com repercussões nutricionais e um risco acrescido de infeções gastrointestinais nos primeiros meses de vida (Campos et al., 2010).

Também no caso das mulheres submetidas a cesariana a amamentação é frequentemente retardada e/ou substituída pela administração de fórmulas lácteas, potenciando o aparecimento de intolerância às proteínas do leite de vaca com consequências, por vezes, gravíssimas na infância (Bodner, Wierrani, Grunberger & Bodner-Adler, 2011).

As complicações da cesariana comparativamente ao parto vaginal têm sido amplamente

estudadas e apesar de existir uma “quase” unanimidade nas suas conclusões onde, os riscos de morbidade/mortalidade associados à cesariana são mais elevados do que aqueles associados com o parto normal (Liu, et al., 2007), outros afirmam que taxas de cesarianas superiores a 15% não estão relacionadas com maior mortalidade quer materna quer infantil ou com baixo peso ao nascimento (Volpe, 2011). Contudo os riscos descritos pelos diferentes autores não devem ser desvalorizados no momento de planear a forma como o bebé vai nascer, tanto pelas mulheres como pelos profissionais de saúde.

### **1.2.3. Cesariana a pedido materno**

Segundo Druzin e Yasser citado por Oliva (2010), pelo menos 35% de todas as cesarianas são desnecessárias, sem benefício para a mãe ou para o recém-nascido e com aumento dos riscos.

Realizar uma cesariana a pedido materno é uma prática frequente embora não seja passível de ser monitorizada, visto que o seu registo não é feito, mas o que se constata é uma diferença significativa, entre o número de cesarianas realizadas num hospital público e num hospital privado, sendo que 65,7% dos partos realizados são por cesariana em hospitais privados (Associação Portuguesa de Bioética, 2008).

Nos EUA, a cesariana a pedido materno está diretamente relacionada com o aumento das taxas de cesarianas. Em 2006, investigadores independentes do National Institutes of Health (NIH), realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de fornecer dados baseados na evidência científica, aos profissionais de saúde, utentes e público em geral, fazendo uma avaliação responsável, sobre os dados existentes sobre as vantagens e desvantagens a curto e longo prazo da cesariana a pedido materno em comparação com parto vaginal. Nenhum dos resultados maternos e neonatais estudados foram suportados pela evidência de grande qualidade que favoreça uma via de parto em detrimento da outra, recomendando responsabilidade e individualidade na decisão da realização de cesarianas a pedido, assentando esta decisão nos princípios éticos (NHI, 2006; Visco et al., 2006).

Ainda nesta revisão sistemática da literatura realizada pela NHI, apenas dois resultados maternos (menor incidência de hemorragia pós-parto na cesariana eletiva e menor período de permanência no hospital no parto vaginal) e um resultado neonatal (menor morbidade respiratória no grupo do parto vaginal) obtiveram um grau de evidência de qualidade moderada, sendo os restantes resultados desprovidos de forte evidência ou associação com o tipo de parto.

Num estudo populacional retrospectivo, realizado por Liu et al. (2007), utilizando a base de dados do Instituto Canadano de Saúde também as suas conclusões seguem no mesmo sentido. Não foram encontradas diferenças significativas entre os riscos maternos associados com a cesariana planeada comparativamente com os riscos associados ao parto normal. Embora esta diferença seja diminuta, ela existe e os autores recomendam que deve ter-se em conta estes riscos, na decisão da via do parto.

A preferência pela cesariana pode não justificar o aumento significativo das taxas de cesarianas, visto que vários estudos comprovam que a preferência da maioria das mulheres recai sobre o parto vaginal (Iorra, Namba, Spillere, Nader & Nader, 2011; Mazzone, et al. 2011; Melchiori, Maia, Bredariolli & Hory, 2009;). Pelo que se justifica a realização de mais investigação para que se melhor possa compreender o contributo da preferência das mulheres pela via do parto para o consecutivo aumento do número de cesarianas.

Outra questão que se levanta na realização da cesariana a pedido materno é a existência de desigualdades entre as práticas clínicas realizadas no sector público e no sector privado. A Associação Portuguesa de Bioética (2008) entendeu pronunciar-se sobre o direito à escolha pela via de parto:

Assiste ao casal, e à mulher grávida em particular, o direito à escolha da via de parto. Nomeadamente, deve ser dada a possibilidade à mulher grávida de escolher – de um modo livre e esclarecido – o modo como o seu filho irá nascer: por via vaginal ou através de uma cesariana. (p. 1)

Também o conselho jurisdicional da OE no parecer 21/2008 pronunciou-se sobre esta questão,

Consideramos que, havendo diferenças atualmente sobre a aceitação desta decisão da mulher, entre o sector público e privado, isso constitui uma injustiça relativa, que deveria ser abolida. Somos de parecer que, em algumas situações, pode a mulher decidir realizar cesariana com opção face a parto previsivelmente eutócico. (p.1).

#### **1.4. Fatores associados à preferência pela via de parto**

O nascimento é a experiência humana mais poderosa e profunda que envolve diferentes aspetos culturais, como valores, opiniões e crenças que passam de geração em geração, tendo influência direta na mulher na preferência pela via de parto (Figueiredo et al., 2010).

A mulher durante a gravidez vivencia sentimentos tão diversos como alegria, poder, exaltação e por outro lado, medo, fragilidade, trauma e descontrolo (Lavender, Hofmeyr, Neil, Kingdon & Gyte, 2012). Neste sentido serão vários os fatores que interferem com a preferência pela via do parto. Após análise de uma vasta bibliografia e dos estudos publicados sobre esta temática salienta-se os fatores descritos em seguida:

##### **Medo do parto e da dor**

A dor do parto é um fenómeno multidimensional. De facto, é influenciada por fatores biológicos, culturais, socioeconómicos e emocionais, sendo vivenciada de forma individual (Ronconi et al., 2010).

Existe uma preocupação frequente por parte das grávidas com a dor que irão sentir, podendo ser determinante na forma como a mulher experiêcia o seu parto.

Segundo a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), a dor de trabalho de parto e parto constitui-se como uma área de atenção relevante para a atuação, sendo um foco da prática (Conselho Internacional de Enfermeiras [CIE], 2010). Assim, compreende 3 tipos de dor, que a CIPE® define como “dor de período de dilatação cervical, dor de trabalho de parto: desconforto ligeiro a intenso durante a primeira fase do trabalho

de parto”, “dor de período expulsivo, dor de trabalho de parto: desconforto ligeiro a intenso durante a segunda fase do trabalho de parto, sendo a duração do desconforto constante quando o colo do útero está completamente dilatado”, e “dor de trabalho de parto, dor: sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto” (CIE, 2010, p.50).

Não existe evidência científica que comprove que a dor é benéfica para a parturiente ou para o bebé, pelo contrário esta pode tornar-se prejudicial afetando a normal evolução do trabalho de parto, visto que produzem alterações na homeostasia materna. A dor e a ansiedade no trabalho de parto pode provocar, aumento da frequência cardíaca materna, hiperventilação e o aumento da libertação de catecolaminas e cortisol podendo ter como consequências a acidose fetal, hipoxia fetal, diminuição da atividade uterina com prolongamento na progressão do trabalho de parto e em casos mais graves poderá causar hipertonia uterina (Brazão, 2010).

Diversos estudos comprovam que a maioria das mulheres que tiveram parto eutócico evidenciou dor máxima durante o trabalho de parto e parto (Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, 2003, Ronconi et al. 2010). Contrariamente, ao que evidenciaram as mulheres que tiveram um parto distócico por cesariana, mas a dor sentida no pós-parto é maior (Costa et al., 2003). Esta experiência de dor é considerada como desagradável, podendo em algumas situações afetar a relação entre mãe e filho (Brazão, 2010).

Assim, é fundamental que o profissional de saúde durante as consultas pré-natais transmita à grávida informação sobre os diferentes métodos que ajudam ao controlo da dor durante o trabalho de parto e parto, pois o conhecimento acerca do processo de parto tem sido relacionado com menor intensidade de dor e a uma maior satisfação com o parto (Costa et al., 2003; Roconi et al., 2010).

Existem diferentes métodos de alívio e controlo da dor: os métodos não farmacológicos e os métodos farmacológicos.

A WHO (2002) recomenda que métodos alternativos de diminuição da dor, em particular os métodos não farmacológicos, sejam usados como primeira linha de controlo da dor no trabalho de parto.

Nestes métodos incluem-se a deambulação durante o trabalho de parto e a adoção de diferentes posições, podem trazer alívio da dor nem que seja durante algum tempo. Mas, métodos como a effleurage e contrapressão, toque terapêutico, massagem, aplicação calor frio, acupuntura, estimulação elétrica nervosa transcutânea, hidroterapia, injeção com água estéril, aromaterapia, técnicas respiratórias, musicoterapia, visualização, preparação para o nascimento, hipnose e biofeedback, são preferíveis aos métodos farmacológicos (Lowdermilk, 2008b; WHO, 2002).

A abordagem à dor é diferente para os diversos profissionais que dão assistência ao parto, enquanto os médicos tem uma abordagem mais farmacológica, os métodos não farmacológicos ou terapias complementares são frequentemente usados pelas enfermeiras e enfermeiras parteiras (Tournaire & Theau-Yonneau, 2007).

Gayeski e Bruggemann, 2010 realizaram uma revisão sistemática onde o objetivo era avaliar os resultados maternos e neonatais decorrentes do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e parto. Concluíram com base nos resultados encontrados que para cada método é necessário definir em que fase do trabalho de parto este deve ser implementado. Por exemplo, o banho de imersão deve ser iniciado quando a parturiente apresenta 3 cm de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto, mostrando-se eficaz na redução da dor, a massagem também se revelou mais eficaz no alívio da dor assim como na redução do stresse e ansiedade quando aplicada no começo da fase latente. A aromoterapia é também um método que se demonstrou eficaz na redução da ansiedade e do medo podendo assim influenciar positivamente os resultados neonatais. Um outro estudo demonstrou evidência sobre a eficácia da contrapressão e da injeção com água estéril no alívio da dor (Tournaire e Theau-Yonneau, 2007).

Tournaire e Theau-Yonneau (2007) reiteram o facto de que os métodos não farmacológicos e terapias complementares de alívio da dor existem porque a medicina convencional pode revelar-se limitada no alívio da dor e por vezes não vai ao encontro das necessidades das mulheres. Não existe evidência de que todos os métodos sejam eficazes no alívio da dor, contudo ajudam na diminuição da ansiedade da parturiente promovendo a satisfação com o parto.

Como métodos farmacológicos de analgesia no trabalho de parto apresentam-se as técnicas sistêmicas, inalatória e loco-regional, a epidural e bloqueio subaracnoideu.

O método de analgesia mais utilizado atualmente em obstetrícia é a analgesia epidural e é bastante eficaz na redução ou eliminação da dor durante o trabalho de parto.

A epidural implica a introdução local de um agente anestésico nos nervos sensitivos. É introduzido um cateter no espaço epidural, permitindo a infusão contínua ou intermitente do anestésico durante o trabalho de parto e parto (Tournaire & Theau-Yonneau, 2007).

Segundo Bonica como citado por Brazão (2010), 85% a 90% das parturientes obtêm um alívio completo da dor e raramente a técnica falha, proporcionando assim um alívio eficaz da dor. Mas esta técnica não é isenta de riscos, a parturiente por vezes fica incapaz de sentir as contrações e desta forma não consegue responder ao estímulo de expulsão, aumentando assim a necessidade da utilização de fórceps ou ventosa (WHO, 2002).

No entanto, Costa et al. (2003) observou diferenças significativas na experiência de parto eutócico com ou sem analgesia epidural. As mulheres que fizeram analgesia epidural foram capazes de relaxar, sentiram menos medo e tiveram mais autocontrolo durante o trabalho de parto e parto.

O medo do parto é o fator dominante nos diversos estudos consultados exibindo-se como um fator decisivo na preferência do parto por cesariana (Fenwick, Staff, Gamble, Creedy & Bayes, 2008; Kornelsen, Hutton & Munro, 2010).

O parto está invariavelmente associado à imprevisibilidade, à dor, ao sofrimento e é frequentemente associado a riscos quer para a mãe quer para o recém-nascido (Melchiori et al., 2009).

No entanto, vários estudos apontam que a preferência pelo parto normal está relacionada com o facto de as grávidas esperarem uma recuperação mais rápida e o contacto com o bebé após o parto seja mais facilitado, assim como manifestam receio de sofrer intercorrências na cesariana prejudicando a sua saúde e a do bebé (Figueiredo et al. 2010; Iorra et al, 2011; Melchiori et al. 2009).

Bonfante et al., em 2009 realizaram um estudo acerca dos fatores associados à preferência pela cesariana entre puérperas numa instituição pública e privada concluíram que tanto as

puérperas que foram submetidas a cesariana numa instituição privada, como as que tiveram um parto vaginal numa instituição pública preferem a cesariana num próximo parto, sendo a principal justificação para a preferência pelo parto por cesariana nas duas instituições “medo da dor do parto normal”.

No entanto, alguns estudos concluem o oposto, afirmando que 67% das mulheres prefere o parto normal, sendo que a maioria das grávidas é motivada pelo desejo de um parto mais “natural” e fisiológico, contrariando desta forma as mulheres que preferem o parto por cesariana, justificando a sua preferência com o medo do parto vaginal (Figueiredo et al. 2010).

Também, Iorra et al. (2011) verificaram a preferência pelo parto vaginal em 83,8% das mulheres em detrimento da cesariana mas, o medo da dor e do sofrimento durante o trabalho de parto é mencionado por 75,5% das mulheres.

Handelzalts et al. (2011), realizaram um estudo com o objetivo de relacionar as variáveis traços psicológicos e fatores demográficos com a cesariana a pedido, onde concluíram que a única variável psicológica relacionada com a escolha de cesariana a pedido materno é o medo do parto.

Um número significativo de mulheres muda a preferência pelo tipo de parto após o nascimento do primeiro filho, preferindo a cesariana ao parto vaginal, estando esta mudança novamente relacionada com o medo do parto normal (Pang, Leung, Lau & Hang Chung, 2008).

Assim, é inquestionável a importância que o medo do parto normal tem na preferência pelo tipo de parto, pelo que urge a necessidade de conhecer os fatores que provocam medo do parto, podendo assim intervir e contribuir, para a redução da mudança da preferência (Haines, Rubertsson, Pallant & Hildingsson, 2012; Nerum, Halvorsen, Sorlie & Oian, 2006; Pang et. al, 2008).

A decisão do profissional de saúde tem um peso significativo na decisão da mulher pela via do parto (Figueiredo et al. 2010; Pires et al. 2010), sendo o contato entre a grávida e profissional de saúde um momento privilegiado para apoiar e esclarecer medos, dúvidas e anseios, sem desqualificar suas crenças a respeito das vias de parto.



### **Preparação para a parentalidade**

O método psicofilático surgiu nas décadas de 50 e 60 na Europa como opção ao que se considerava uma obstetrícia excessivamente medicalizada e foi amplamente utilizada antes de surgirem os bloqueios loco-regionais. Este método tinha como objetivo o uso de modalidades psicológicas através do condicionamento positivo ou físicas e não farmacológicas para a prevenção da dor no parto (Brazão, 2010; Enkin et al., 2005).

Atualmente os cursos de preparação para a parentalidade abordam diferentes temáticas como os hábitos de saúde durante a gravidez, estratégias de controlo de stresse e ansiedade, promovem a auto-capacitação, auto estima e satisfação, assim como o cuidado ao recém-nascido, desta forma estes cursos permitem à grávida adquirir competências para que estas possam vivenciar o trabalho de parto e parto de forma consciente e esclarecida permitindo-lhe uma experiência satisfatória (Enkin et al., 2005; Frias, 2011).

Ao promover a auto-capacitação e a auto-estima da grávida munindo-a de novos conhecimentos, esta pode questionar as rotinas e recomendações tornando-se mais ativa no processo de tomada de decisão. Desta forma a frequência de cursos de preparação para a parentalidade e nascimento podem influenciar a preferência pela via do parto.

Cossoni et al (2010) realizaram um estudo com dois grupos de grávidas. Um grupo que frequentava um programa de preparação da maternidade e nascimento e outro que não frequentava (grupo controlo), verificaram que os níveis de ansiedade numa fase inicial da gravidez em ambos os grupos era equivalente, mas no final da gestação os níveis de ansiedade aumentaram no grupo controlo, assim como houve uma maior ocorrência de partos por via vaginal nas grávidas que frequentaram o grupo de preparação para a maternidade e nascimento.

Reforçando este facto, Khunpradit et al. (2011), concluíram que as aulas de relaxamento realizadas por enfermeiras e as aulas de preparação para o nascimento podem reduzir os partos por cesariana em gravidezes de baixo risco. Da mesma forma, Soto et. al (2006) concluíram que a educação pré-natal reduz o número de intervenções desnecessárias durante o parto.

### **Influências familiares e culturais**

As influências familiares e culturais também se podem revelar como fatores importantes na preferência pela via do parto. A forma como o processo de nascer se vivência na família influencia emocionalmente a preferência pela via do parto. Quando na família o parto vaginal foi vivenciado de uma forma positiva, as mulheres preferem dar a luz por via vaginal. Se por outro lado este foi revestido de dor e sofrimento, a sua preferência é parto por cesariana (Bittencourt, Vieira & Almeida, 2013). Munro, Kornelsen e Hutton (2009), revelam que as participantes no seu estudo basearam a sua preferência pelo parto por cesariana nas experiências de nascimento relatadas pelas mães e pelo seu grupo de amigas.

Assim sendo, a experiência do parto anterior e as informações obtidas com outras mulheres configuram-se como fundamentais nas expectativas das grávidas em relação ao parto.

Embora haja informação limitada sobre a influência que os meios de comunicação têm sobre as intervenções em saúde, uma revisão de vinte estudos concluí que há evidência de que os meios de comunicação podem exercer influência sobre os comportamentos de saúde (Grilli, Ramsay & Minozzi, 2002). Indo assim ao encontro das conclusões de Kornelsen et al. (2010) e Silva, Ribeiro e Costa (2011), onde os meios de comunicação, como a televisão, revistas, livros e internet são considerados importantes fontes de influência na decisão pela via do parto.

Chu, Tai, Hsu, Yeh & Chien (2010), recomendam a utilização de campanhas de educação para o público em geral nos meios de comunicação, onde se esclarecessem os riscos associados ao parto por cesariana e os benefícios do parto vaginal, para que pudessem influenciar a decisão pela via do parto o mais cedo possível.

Outro fator, que se apresenta como determinante na preferência pela via do parto é a idade materna. Embora, não se consiga afirmar com precisão de que forma este fator é determinante, diversos autores colocam a hipótese de estar relacionado com o facto de mulheres mais velhas possam apresentar mais co morbidade durante a gravidez e têm a ideia de que o parto por cesariana é mais seguro quer para elas quer para o bebé, assim como a possibilidade de realizarem a laqueação tubária, também poderá ter alguma influência (Chu et al. 2010; Handelzalts et al.2011; Iorra et al. 2011).

Nos estudos consultados sobre os fatores que influenciam a preferência pela via do parto conclui-se que as variáveis que influenciaram a preferência pelo parto normal são: recuperação mais rápida, parto mais natural e fisiológico e desejo de um parto sem intercorrências (Figueiredo et. al, 2010; Melchiori et. al, 2009; Siqueira, Peixoto & Martins, 2012). As variáveis que influenciam a preferência pela cesariana são: o medo do parto, influência familiar, o desejo de realizar laqueação e cesariana anterior (Dias et. al., 2008; Pang et. al, 2008; Pereira, Silva & Carvalho Júnior, 2011).

A redução das taxas de cesariana é uma preocupação atual, não só porque a cesariana é um ato cirúrgico que envolve sérios riscos para a saúde da mãe e do bebê, como também em termos de financiamento envolve custos superiores aos do parto por via vaginal, que se prevê que sejam superiores em 30%.

O facilitismo, o desconhecimento, o falso sentimento de segurança e, por vezes, a falta de diálogo entre a família e o profissional de saúde que acompanha a mulher, durante o período de gestação estão, por vezes na base da opção pela cesariana (Campos et al., 2010).

### **1.5. Objetivos do estudo**

O processo de investigação, na sua fase inicial, consiste em definir um domínio de investigação de interesse para o investigador que é gerador de dúvidas e preocupações. Neste sentido definimos como objetivo geral deste estudo:

- Identificar quais os fatores que influenciam a preferência pela via de parto

Na definição deste estudo pretende-se identificar quais os fatores que influenciam a preferência pela via de parto permitindo consubstanciar as ações dos profissionais de saúde durante a vigilância pré-natal.

Como indicadores do caminho a percorrer, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a preferência da via de parto nas grávidas atendidas no Centro Hospitalar na Tâmega e Sousa na consulta de termo;

- Quais os fatores que influenciam a preferência pela via do parto;
- Identificar qual a influência da preferência na decisão da escolha;
- Verificar se a sua preferência se manteve após o parto.

## 2. METODOLOGIA

“De todos os métodos de aquisição de conhecimento, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional” (Fortin, Côte, & Vissandjée, 2009a, p.17).

Neste capítulo descreverão-se-ão o problema, as questões de investigação e as hipóteses a testar, o tipo de estudo, os procedimentos metodológicos, a definição da amostra e a caracterização da mesma, a construção do instrumento de colheita de dados e os procedimentos de recolha, as variáveis estudadas e a forma como se operacionalizou cada uma dessas variáveis, os procedimentos estatísticos e por fim uma reflexão ética aplicada a este estudo.

### 2.1. Problema e hipóteses

Quivy e Campenhoudt (2008), afirmam que construir uma “ problemática equivale a formular os principais pontos de referência teóricos da sua investigação: a pergunta que estrutura finalmente o trabalho, os conceitos fundamentais e as ideias gerais que inspiraram a análise” (p.90).

Após a realização do estudo do “estado da arte” sobre o tema que esteve na base desta inquietação e por consequência que se tornou o fruto deste estudo, eis que surge o problema:

- **Que fatores influenciam a preferência das mulheres pela via do parto?**

Considerando os objetivos anteriormente delineados, emergiram as seguintes questões de investigação:

- Será que mulheres que frequentam a preparação para o parto têm preferência pelo parto normal?
- Qual a influência familiar na preferência pela via do parto?
- Será que experiências anteriores de nascimento influenciam a preferência pela via

do parto?

- Será que o medo da dor determina a preferência pela via do parto?
- Será que após o parto as mulheres alteram sua preferência?

Com vista a condução deste estudo com rigor e ordem formulou-se ainda as seguintes hipóteses:

H1 - Existe relação entre a idade das grávidas e a preferência pelo parto por cesariana;

H2 – Existe relação entre o nível educacional das grávidas e a preferência pela via do parto;

H3 – Existe relação entre a vigilância pré-natal e a preferência pela via do parto;

H4 - Existe relação entre a existência de filhos e a preferência pela via do parto;

H5 – Existe relação entre a informação adquirida sobre o trabalho de parto e parto e a preferência pela via do parto;

H6 – Existe relação entre as quatro dimensões da escala de fatores de preferência pela via do parto e a preferência pela via do parto.

## **2.2. Tipo de estudo**

No sentido de dar resposta à pergunta de partida é proposta a realização de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal.

Este estudo situa-se no paradigma quantitativo que tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis sugerindo a compreensão desta realidade através da observação da mesma (Minayo & Sanches, 1993).

É um estudo de carácter exploratório, porque, sendo escassas as publicações sobre a temática em estudo em Portugal, importa explorar os fatores que nela intervêm.

Tem carácter descritivo, pois vai consistir em discriminar os fatores determinantes que, possam estar associados ao fenómeno em estudo (Quivy & Campenhoudt, 2008).

E por último é transversal porque implica que a recolha de dados ocorra num momento específico (Polit & Hunger, 1997).

### 2.3. Definição e caracterização da amostra

Os dados para este estudo foram recolhidos no serviço da consulta externa de obstetrícia (gravidez de termo) num Centro Hospitalar da Região Norte do país. Esta escolha prendeu-se com fatores de ordem prática, nomeadamente a questão de acessibilidade para a investigadora, bem como a elevada afluência na consulta de gravidez de termo realizada neste Hospital.

A amostra é entendida como um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, devendo esta ser representativa da população visada, assim a amostra para este estudo quantitativo é definida pelo método de amostragem não probabilístico acidental, não havendo meio de estimar a probabilidade de ser incluído na amostra e será constituída por indivíduos que estão em determinado local e num preciso momento (Fortin, 2009).

A população deste estudo traduz-se pela totalidade de grávidas de termo que realizaram a sua consulta de vigilância pré-natal neste hospital, no período considerado e que tiveram o seu parto nesta mesma instituição.

Para a concretização dos objetivos deste estudo, definiu-se, inicialmente, como amostra mínima 165 grávidas. Isto prende-se com o facto de a investigadora ter tido a necessidade de construir o seu próprio instrumento de colheita de dados e proceder à análise fatorial de um grupo de variáveis com a finalidade de encontrar fatores subjacentes e seguindo as premissas de Hill (2000) citado por Pestana e Gageiro (2005), deve-se ter um mínimo de cinco respostas válidas por cada variável, o que ditou a amostra para este estudo.

Foi estabelecido como período de recolha de dados de junho a setembro de 2013. Foram entregues durante este período 250 questionários.

Foram traçados como critérios de seleção para a definição da amostra deste estudo:

- Ser grávida no 3º trimestre de gestação
- Ser seguida na consulta de termo
- Ter o parto neste hospital

Como critérios de exclusão apenas foi delineado um: grávidas que não deram o seu consentimento. Assim, a amostra foi de 178 mulheres antes do parto e de 84 depois do

parto. Apesar da colaboração dos enfermeiros do serviço de puerpério para a recolha dos questionários no segundo momento de colheita de dados e da investigadora ter realizado contato telefónico com as participantes que aceitaram participar neste estudo, não responderam à solicitação 94 participantes.

O instrumento de colheita de dados elaborado pela investigadora contempla na sua primeira parte 10 questões que permitem fazer a caracterização sociodemográfica da amostra para este estudo.

Como se observa na tabela 1, a idade das participantes varia entre os 15 e 44 anos com maior predomínio na classe dos 25-34 anos (64,6 %), sendo a média de idades de 28,58 com um desvio padrão de 5,283. Em relação à idade do companheiro, esta situa-se na classe dos 25 aos 34 anos com 66,9% da amostra, com uma média de idade de 31,27 anos com um desvio padrão de 6,132.

No que diz respeito às habilitações literárias, a maioria é detentora do ensino secundário (34,3%), no entanto 3,9% só possui o primeiro ciclo. Os companheiros encontram-se num nível de escolaridade mais baixo do que as grávidas, já que a sua maioria apenas é detentor do terceiro ciclo básico, representando 39,3 % da amostra.

O grupo profissional com maior representatividade no caso das participantes é o que diz respeito ao grupo 7 referente aos operários, artificies e trabalhadores similares com 21,9%, mas salienta-se o facto de que 31,5% não tem nenhuma atividade profissional. Em relação à atividade profissional do companheiro constata-se uma maior distribuição nos diferentes grupos profissionais, contudo o grupo 7 é onde se situam 26,4% dos companheiros.



**Tabela 1.**

Caracterização sociodemográfica das participantes e dos companheiros

Variáveis	Grávida		Companheiro	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
<b>Idade</b>				
15-24	38	21,3	18	10,1
25-34	115	64,6	119	66,9
35-44	25	14	33	18,5
45-55	0	0	8	4,5
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>	<b>178</b>	<b>100</b>
<b>Habilitações literárias</b>				
1ºCiclo	7	3,9	11	6,2
2ºCiclo	35	19,7	39	21,9
3ºCiclo	52	29,2	70	39,3
Secundário	61	34,3	42	23,6
Ensino Superior	23	12,9	14	7,9
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>	<b>176</b>	<b>98,9</b>
<b>Profissão</b>				
Grupo 0	0	0	3	1,7
Grupo 1	3	1,7	3	1,7
Grupo 2	15	8,4	8	4,5
Grupo 3	8	4,5	8	4,5
Grupo 4	19	10,7	10	5,6
Grupo 5	20	11,2	21	11,8
Grupo 6	0	0	2	1,1
Grupo 7	39	21,9	47	26,4
Grupo 8	3	1,7	12	6,7
Grupo 9	11	6,2	33	18,5
Grupo 10	56	31,5	25	14
Grupo 11	4	2,2	3	1,7
Grupo 12	0	0	1	0,6
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>	<b>176</b>	<b>98,9</b>

Observando agora a tabela 2, relativamente à variável nacionalidade, apenas duas das participantes não são de nacionalidade portuguesa.

Em relação ao estado civil, 70,2% das grávidas é casada. O local de residência é a aldeia com 44,9% da amostra.

Em relação á situação profissional das grávidas, 38,8% das participantes encontra-se em situação de desemprego.

**Tabela 2.**  
Caracterização sociodemográfica das participantes

Variáveis	Frequência	Porcentagem
<b>Nacionalidade</b>		
Francesa	1	0,6
Luso-Brasileira	1	0,6
Portuguesa	176	98,9
Total	178	100
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	27	15,2
Casada	125	70,2
União de Facto	22	12,4
Divorciada	4	2,2
Total	178	100
<b>Local de residência</b>		
Aldeia	80	44,9
Vila	46	25,8
Cidade	52	29,2
Total	178	100
<b>Situação Profissional</b>		
Empregada	108	60,7
Desempregada	69	38,8
Total	177	99,4
<b>Internet</b>		
Sim	121	68
Não	56	31,5
Total	177	99,4

## 2.4. Variáveis

Fortin, Côte e Vissandjée (2009b) definem variáveis como sendo “... qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação...” (p. 36). São, na sua essência, o objeto do estudo estatístico. Baseado no conhecimento adquirido pela pesquisa efetuada acerca desta temática, definiu-se como variáveis explicativas da problemática em estudo as que incluem: características sociodemográficas, características obstétricas e fatores emocionais e sociais, que podem influenciar a preferência pela via do parto.

Para este estudo foram definidas as seguintes variáveis:

### **Variável dependente**

Carmo e Ferreira (1998) definem variável dependente como o fator que é observado e medido para determinar o efeito da variável independente, ou seja, aquele fator que aparece, desaparece ou varia quando o investigador introduz, remove ou varia a variável independente.

Assim neste estudo a variável dependente é:

- A preferência pela via do parto

### **Variável independente**

Variável independente é definida como a variável que é manipulada ou alterada para causar uma modificação noutra variável (Carmo & Ferreira, 1998).

São definidas como variáveis independentes:

- Idade
- Habilitações literárias
- Experiência do parto anterior
- Vigilância pré-natal
- Informação sobre o trabalho de parto e parto
- Preparação para o parto
- História obstétrica anterior
- Escala dos fatores de preferência pela via do parto

### **Variável Atributo**

Fortin e Vissandjée (2009b) definem-na como características dos sujeitos e uma vez colhidos os dados, a informação serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra.

Definimos como variáveis atributo:

- Estado civil
- Situação profissional

Segue-se a operacionalização e categorização da escala de fatores de preferência pela via do parto (EFPVP) (Tabela 3).

**Tabela 3.**  
Operacionalização e categorização EFPVP

Variável	Operacionalização	Categorização
<b>Fator 1</b> Preocupação com a saúde e bem-estar	Resulta do somatório dos itens 4, 5, 6, 7, 8 e 9 a dividir pelo número de itens	1-Nada importante 2-Pouco importante 3-Importante 4-muito importante
<b>Fator 2</b> Preocupação com o parto e com o bebé	Resulta do somatório dos itens 12, 13, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25 a dividir pelo número de itens	1-Nada importante 2-Pouco importante 3-Importante 4-muito importante
<b>Fator 3</b> Influência técnica e social na decisão pela via do parto	Resulta do somatório dos itens 15, 16, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 e 33 a dividir pelo número de itens	1-Nada importante 2-Pouco importante 3-Importante 4-muito importante
<b>Fator 4</b> Influência da dor na decisão pela via do parto	Resulta do somatório dos itens 1, 2, 3, 17 e 18 a dividir pelo número de itens	1-Nada importante 2-Pouco importante 3-Importante 4-muito importante

Na tabela 4 apresentam-se a categorização e operacionalização das variáveis que dizem respeito à caracterização sociodemográfica:

Tabela 4.

Categorização e operacionalização das variáveis sociodemográficas

Variável	Operacionalização	Categorização
<b>Idade da grávida e do companheiro</b>	Período que decorre desde o nascimento até à data da recolha de dados	1-15-24 2-25-34 3-35-44 4-45-55
<b>Nacionalidade</b>	País onde nasceu	1-Portuguesa 2-Luso-brasileira 3-Francesa
<b>Estado Civil</b>	Situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto de qualidades definidoras do seu estado pessoal, face às relações familiares que constam do registo civil (INE, 2013)	1-Solteira 2-Casada 3-União de facto 4-Divorciada 5-Viúva
<b>Local de Residência</b>	DL nº 11/82, de 2 de junho: Aldeia/Povoação: n.º de eleitores <3000 e menos de 4 dos equipamentos descritos na lei. Vila: mais de 3000 eleitores e entre 4 e 8 dos equipamentos coletivos descritos na lei. Cidade: n.º de eleitores > 8000 e pelo menos 5 de equipamentos coletivos descritos na lei	1-Aldeia 2-Vila 3-Cidade
<b>Habilitações literárias</b>	Agrupada por classes conforme o Ministério do Trabalho e da Solidariedade social (2009);	1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Secundário Ensino Superior
<b>Grupo profissional da grávida e do companheiro</b>	Agrupada conforme a Classificação Portuguesa das Profissões (INE,2010) e acrescida de mais três grupos (grupo 10, 11 e 12) por necessidade de agrupar outras respostas que não se inseriam na Classificação Portuguesa das Profissões	Grupo 0: Forças Armadas Grupo 1: Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos Grupo 2: Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas Grupo 3: Técnicos e Profissões de Nível Intermédio Grupo 4: Pessoal Administrativo Grupo 5: Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores Grupo 6: Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta Grupo 7: Operários, artífices e trabalhadores similares; Grupo 8: Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem; Grupo 9: Trabalhadores não qualificados Grupo 10: Sem atividade profissional Grupo 11: Estudante Grupo 12: Reformado
<b>Situação Profissional</b>	Situação face ao emprego	1- Empregada 2- Desempregada

As variáveis vigilância da gravidez, preparação para o parto, informação sobre o trabalho de parto e parto, variáveis obstétricas e opinião sobre a preferência pela via do parto estão representadas na tabela 4.

**Tabela 5.**

Categorização e operacionalização das variáveis da vigilância pré-natal

<b>Vigilância da gravidez</b>	
<b>Operacionalização</b>	<b>Categorização</b>
<p>Informação dada pelo conjunto de questões sobre: gravidez planeada; nº de consultas; local das consultas; local onde pretende ter o parto, problemas de saúde antes e durante a gravidez.</p> <p>Nota: Para averiguar a questão 12, referente ao nº de consultas considerou-se a orientação técnica nº2 de 1993 da Direção Geral de Saúde, onde se considera gravidez vigiada quem tem um mínimo de 6 consultas.</p>	<p>As questões 11, 14, 15, 16, 17 assumem o formato dicotómico Sim/Não.</p> <p>As questões 13, 16.1 e 18 assumem várias alternativas de resposta.</p> <p>As questões 12, 14.1, 15.1 e 17.1 apresentam-se em questão aberta.</p> <p>A questão 12 foi depois categorizada em Sim/Não, onde casos com menos de 6 consultas de vigilância pré-natal foi considerada como não tendo vigiado a gravidez.</p>
<b>Informação sobre o trabalho de parto e parto</b>	
<b>Operacionalização</b>	<b>Categorização</b>
<p>Informação dada pelo conjunto de questões sobre o grau de informação sobre o trabalho de parto e parto e de que forma foi adquirida.</p>	<p>As questões 19, 20, 21 assumem várias alternativas de resposta.</p> <p>A questão 22 assume o formato dicotómico Sim/Não.</p>
<b>Preparação para o parto</b>	
<b>Operacionalização</b>	<b>Categorização</b>
<p>Informação dada pelas questões sobre a realização de preparação para o parto e onde a realizou.</p>	<p>A questão 23 assume o formato dicotómico Sim/Não.</p> <p>A questão 24 apresenta-se com três respostas alternativas codificadas de 1 a 3.</p>
<b>História Obstétrica</b>	
<b>Operacionalização</b>	<b>Categorização</b>
<p>Informação dada pelas questões sobre tempo de gravidez, nº de vezes que esteve grávida, nº de filhos e história de gravidez anterior.</p>	<p>Questão 25 indica o número de semanas de gravidez.</p> <p>Questão 26 indica o número de vezes que esteve grávida.</p> <p>Questão 27 indica o número de filhos que depois foi operacionalizada em sim, não</p> <p>Questão 28 indica história de gravidez anterior, assume várias alternativas de resposta.</p>
<b>Opinião sobre a preferência pela via do parto</b>	
<b>Operacionalização</b>	<b>Categorização</b>
<p>Informação dada pelas questões sobre a preferência pela via do parto.</p>	<p>A questão 29 assume três alternativas de resposta codificadas de 1 a 3.</p> <p>A questão 30 assume o formato dicotómico Sim/Não.</p>

Por último, representada na tabela 6, as variáveis que representam o pós-parto.

**Tabela 6.**

Categorização e operacionalização das variáveis do pós-parto

Variável	Operacionalização	Categorização
<b>Tipo de parto realizado</b>	Questão 32 que assume várias alternativas de resposta	1-Parto vaginal 2- Parto vaginal com analgesia 3- Parto vaginal sem analgesia 4 - Parto distócico por ventosa 5 - Parto distócico por fórceps 6- Parto distócico por cesariana
<b>Motivo de cesariana</b>	Questão 33 que assume o formato dicotómico Sim/Não e resposta aberta	1-Sim 2-Não
<b>Mantém a opinião sobre a preferência</b>	Questão 34 que assume o formato dicotómico Sim/Não	1-Sim 2-Não

## 2.5. Instrumento de colheita de dados

Os estudos pesquisados sobre esta problemática, na sua maioria assentam no paradigma qualitativo, o que pela sua natureza apresentam amostras de pequena dimensão, podendo por em causa a sua representatividade. Assim com vista a uma análise mais aprofundada do fenómeno e à sua generalização e por não se conseguir encontrar na pesquisa realizada um instrumento de colheita de dados que permitisse obter as respostas adequadas à problemática em estudo, a investigadora sentiu necessidade de construir o seu próprio instrumento de colheita de dados.

Neste sentido, como técnica de colheita de dados optou-se pela utilização de um questionário, que foi construído a partir de dados considerados relevantes, adquiridos quer através da extensa revisão bibliográfica sobre a temática em estudo, quer com a experiência adquirida no acompanhamento de grávidas e parturientes.

O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões, tendo como objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, atitudes, crenças e opiniões (Fortin, Grenier & Nadeau, 2009).

O questionário aplicado neste estudo foi dividido em cinco secções consideradas fundamentais (Anexo A). A primeira secção permitiu fazer a caracterização

sociodemográfica, a segunda e terceira secção relaciona-se com obtenção de informações sobre a vigilância da gravidez e história obstétrica, a opinião sobre a preferência pela via do parto e a quarta secção é constituída pela escala dos fatores de preferência pela via do parto e por fim, a quinta secção, foi aplicada após o parto, o que permitiu conhecer o tipo de parto realizado e se a participante mantinha a mesma opinião sobre a preferência pela via do parto.

Antes de iniciar a sua aplicação, foi efetuado um pré-teste em 10 grávidas que revelou não existir dúvidas ou equívocos na interpretação das questões, assim como se revelou adequado para a obtenção das informações necessárias para a realização deste estudo.

### **2.5.1. Validação da Escala de Fatores de Preferência pela Via do Parto**

Face à inexistência de instrumentos que permitissem identificar os fatores que influenciam a preferência pela via do parto, a investigadora desenvolveu a sua própria escala, procedendo à sua validação. Foi pensado um instrumento com 35 itens que permitisse às participantes no estudo classificarem quanto ao grau de importância os diferentes fatores que se identificou como sendo os que influenciam a preferência pela via do parto e depois de apurados os resultados, pudessem constituir-se como um instrumento de medida dos fatores que influenciam essa preferência.

Assim foram iniciadas uma série de ações metodológicas que permitissem a construção de uma escala. Foi realizada uma extensa revisão bibliográfica sobre a temática, a qual propiciou a construção de um conjunto de 35 itens distribuídos por 4 partes. Após a sua construção, os itens foram submetidos à análise de juizes, tendo como objetivo verificar a adequação da estruturação do instrumento nas diferentes partes propostas, a adequação dos itens a cada categoria proposta e por fim, a análise semântica da representação comportamental dos atributos latentes nos itens. Pasquali (1999) sugere que “uma meia dúzia de juizes é suficiente para essa tarefa e que os itens que não atingirem uma concordância de aplicação aos fatores de cerca de 80% devem ser descartados do instrumento-piloto por apresentarem problemas” (p.54), assim os questionários foram



entregues a seis peritos, quatro dos quais são especialistas na área da enfermagem de saúde obstétrica e dois Doutores em enfermagem com larga experiência na elaboração de escalas psicométricas.

Após a análise dos peritos, 33 dos 35 itens foram mantidos. Na sequência, os itens foram submetidos à análise semântica. O objetivo deste procedimento foi verificar se todos os itens eram compreensíveis por todos os membros da população à qual o instrumento se destinava. Para isso, foi realizado um pré-teste a 10 grávidas, com as quais foram analisados os questionários, item por item de modo a que os itens com problemas fossem sendo corrigidos e testados.

Finalizada esta etapa, e antes da utilização da escala foi necessário estabelecer a validade dos constructos a que corresponde ao facto de validar a estrutura teórica subjacente ao instrumento de medida e de verificar hipóteses de associação (Fortin & Nadeau, 2009). Assim procederam-se a estudos de fiabilidade e estudos de validade, de modo a obter-se esses dois tipos de validade cruzaram-se os dados obtidos a partir da análise fatorial exploratória (AF) com os valores de Cronbach e das correlações entre item e item total. Foram estabelecidos os seguintes critérios:

Para a análise fatorial utilizou-se o método de extração das componentes principais (*principal component*), seguindo-se a rotação de fatores, para que estes sejam mais facilmente interpretáveis, maximizando assim o peso dos componentes dos itens, pelo que se optou pelo método de rotação ortogonal- *Varimax* -;

Para a determinação das dimensões e retenção de itens e seguindo as sugestões recomendadas por diversos autores (Almeida, Rodrigues & Escola, 2013; Blunch, 2008, Brown, 2006; Hair, Black, Babin & Anderson, 2006; Henson & Roberts, 2006; Preacher & MacCallum, 2003; Worthington & Whittaker, 2006), utilizaram-se os seguintes critérios:

- 1.- Critério de Kaiser, fatores com valor próprio (*eigenvalue*) cuja variância explicada é superior a 1;
- 2 - Peso fatorial (fator loadings) dos itens iguais ou superiores a 0,4;

3 - Inexistência de itens com pesos fatoriais relevantes (acima de 0,30) em mais que um fator. Se isso acontecer e se a diferença entre eles não for igual ou superior a 0,15, deve-se considerar a eliminação do item (Worthington & Whittaker, 2006);

4 – A percentagem da variância explicada pelos fatores retidos deve ser no mínimo 40%. Cada fator não pode ter menos de três itens;

Para analisar a consistência interna, recorreu-se aos indicadores de alfa de Cronbach, que permite estimar a forma como itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator. Estabeleceu-se que a consistência interna do fator deve ser no mínimo de 0,70, a correlação item/item total não deve ser inferior a 0,4 e a consistência interna do fator não deve aumentar se o item for eliminado.

Os testes de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) e teste de esfericidade de Bartlett foram os dois procedimentos estatísticos usados para aferir a adequabilidade da amostra, permitindo assim prosseguir com a análise fatorial. O valor obtido do KMO foi de 0,812, o que nos indica que a análise fatorial é recomendável (Pestana e Gageiro, 2005), assim como o teste de esfericidade de Bartlett ser significativo (valores associados a um  $p < 0,05$ ) mostra que as variáveis são correlacionáveis (Martinez & Ferreira, 2007).

Numa primeira análise exploratória, pelo método dos componentes principais, utilizando o critério de Kaiser – fatores com valor próprio (eigenvalue) igual ou superior a 1 ( $EV > 1$ ), obteve-se uma distribuição dos itens por 9 componentes que explicam 68,380% da variância total (Anexo B).

Para complementar a análise anterior foi utilizado o método Scree Plot, isto é o gráfico da variância pelo número de componentes, onde os pontos no maior declive são indicativos do número apropriado de componentes a reter (Pestana & Gageiro, 2007). Como se pode verificar pela interpretação do gráfico (Anexo C) a curva começa a perder verticalidade mais ou menos a partir do componente quatro, pelo que serão considerados apenas quatro componentes.

Procedeu-se de seguida a uma nova análise exploratória pelo método de extração dos componentes principais, forçando-se a quatro componentes principais, seguidos da rotação

dos fatores, pelo método de rotação ortogonal (*Varimax Rotation*). A organização dos quatro componentes justifica 41,151% da variância total explicada.

Após a aplicação dos critérios da análise fatorial estabelecidos, a que levou à eliminação do item 10 (“Frequentar a preparação para o parto”), do item 11 (“Ser melhor para mim”) e do item 14 (“Ter menos intervenção médica/técnica”), por apresentarem pesos fatoriais inferiores a 0,4, obteve-se a seguinte organização representada pela tabela 7.

**Tabela 7.**  
Matriz fatorial dos resultados

	Componente			
	1	2	3	4
<b>Item 1</b> - Ter menos dor durante o trabalho de parto				,860
<b>Item 2</b> - Ter menos dor durante o parto				,859
<b>Item 3</b> - Ter menos dor no pós parto	,435			,705
<b>Item 4</b> - Recuperar mais rápido	,690			
<b>Item 5</b> - Ter a possibilidade de fazer o primeiro levante mais cedo	,652			
<b>Item 6</b> - Ser mais natural/fisiológico	,719			
<b>Item 7</b> - Não interferir na estética do órgão sexual	,659			
<b>Item 8</b> - Não interferir na vida sexual	,769			
<b>Item 9</b> - Ter a possibilidade de ter alta hospitalar mais cedo	,695			
<b>Item 10</b> - Frequentar a preparação para a parentalidade e parto				
<b>Item 11</b> - Ser melhor para mim				
<b>Item 12</b> - Ser melhor para o meu bebé		,460		
<b>Item 13</b> - Ter menos riscos de complicações		,486		
<b>Item 14</b> - Ter menos intervenção médica/técnica				
<b>Item 15</b> - Ter a possibilidade de realizar laqueação de trompas			,590	
<b>Item 16</b> - Existir a possibilidade de ter que fazer episiotomia			,420	
<b>Item 17</b> - Ter medo de sentir dor				,697
<b>Item 18</b> - Ter receio de perder o controlo durante o parto				,565
<b>Item 19</b> - Promover o sentimento de autossatisfação		,478		
<b>Item 20</b> - Poder participar mais ativamente no nascimento do bebé		,632		
<b>Item 21</b> - Poder pegar no bebé logo apos o nascimento		,715		
<b>Item 22</b> - Poder ter alguém importante ao lado durante o parto		,511		
<b>Item 23</b> - Poder sentir maior autorrealização e capacitação		,698		
<b>Item 24</b> - Proporcionar mais calma e tranquilidade		,716		
<b>Item 25</b> - Ter a possibilidade de cuidar do bebé sem ajuda		,499		
<b>Item 26</b> - Poder marcar a data e a hora do parto			,664	
<b>Item 27</b> - É tradição familiar			,707	
<b>Item 28</b> - A decisão do companheiro			,553	
<b>Item 29</b> - Seguir o conselho das amigas			,741	
<b>Item 30</b> - Ter conhecimento de más experiências			,604	
<b>Item 31</b> - Ter experiência anterior muito positiva			,508	
<b>Item 32</b> - Ter em consideração a opinião do médico		,570		,406
<b>Item 33</b> - Ter em consideração a opinião do enfermeiro		,639		,441

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 8 iterações.

A matriz das componentes, após rotação tem como objetivo extremar os valores dos *loadings* para que uma variável se associe apenas a uma dimensão (Pestana e Gageiro, 2007), contudo neste caso o item 32 e 33 (“Ter em consideração a opinião do médico e Ter em consideração a opinião do enfermeiro”) estão associadas à dimensão 2 e 3, o que pelo sentido semântico optou-se pela sua inclusão na dimensão 3.

A dimensão 1 surge composto por 6 itens a que correspondem as questões 4, 5, 6, 7, 8 e 9, que refletem a **preocupação com a saúde e bem-estar**. Os valores de saturação situam-se entre 0,652 do item 5 (“Ter a possibilidade de fazer o levante mais cedo”) e 0,769 do item 8 (“Não interferir na vida sexual”). A dimensão 2 é composta por 9 itens a que correspondem as questões 12, 13, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25, onde se tenta expressar a **preocupação com o parto e com o bebé**. Estes itens apresentam valores de saturação 0,460 que corresponde ao item 12 (“Ser melhor para o meu bebé”) e 0,716 correspondente ao item 24 (“Proporcionar mais calma e tranquilidade”). Na dimensão 3 evidenciam-se 10 itens, a que correspondem as questões 15, 16, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 e 33 que refletem a **influência técnica e social na decisão pela via do parto**, o valor mais baixo de saturação corresponde ao item 32 (“Ter em consideração a opinião do médico”) com 0,406 e o valor mais alto de saturação corresponde ao item 29 (“Seguir o conselho das amigas”) com o valor de 0,741. Por último, na dimensão 4 encontram-se 5 itens que **expressam a influência da dor na decisão pela via do parto**, sendo as cargas fatoriais destes item entre 0,565 (“Ter receio de perder o controlo durante o parto”) e 0,860 (“Ter menos dor durante o trabalho de parto”).

### **Análise de fiabilidade e consistência interna**

Para analisar a consistência interna quer da escala total, quer das dimensões que a constituem, recorreu-se ao indicador alpha de Cronbach.

A dimensão 1, o qual se designou por **preocupação com a saúde e bem-estar (PSB)**, obteve-se um valor de alpha de Cronbach de 0,870, como se observa na tabela 8, que revela uma consistência interna boa. Quanto aos valores de correlação item/total, estes situam-se entre 0,626 correspondente ao item 4 “Recuperar mais rápido”, e 0,740 obtidos no item 8, “Não interferir na vida sexual”. Nenhum dos itens, se excluído, faria aumentar a consistência interna desta dimensão.

**Tabela 8.**

Estatísticas e alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna da dimensão 1

	Média de escala se o item for excluído	Variação de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Recuperar mais rápido	15,69	9,898	,626	,419	,854
Ter a possibilidade de fazer o primeiro levante mais cedo	16,01	9,559	,669	,485	,846
Ser mais natural/fisiológico	15,99	9,350	,675	,473	,845
Não interferir na estética do órgão sexual	16,19	8,664	,676	,582	,846
Não interferir na vida sexual	16,04	8,699	,740	,630	,832
Ter a possibilidade de ter alta hospitalar mais cedo	16,08	9,079	,633	,417	,853
<b>Alpha de Cronbach 0,870</b>					

No que respeita à dimensão 2, designada por **preocupação com o parto e com o bebé** (PPB), com um total 9 itens obteve-se um valor de alpha de Cronbach de 0,841, mantendo-se uma boa consistência interna desta dimensão e não aumenta pela exclusão de nenhum dos itens, pelo que os 9 itens são mantidos. Observando a tabela 9, pode-se constatar que em relação aos valores de correlação obtidos, o item 20 “ Poder participar mais ativamente no nascimento do bebé” obteve o valor de 0,699 e o item 12 “ Ser melhor para o meu bebé” o valor de 0,395.

**Tabela 9.**

Estatísticas e alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna da dimensão 2

	Média de escala se o item for excluído	Varição de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Ser melhor para o meu bebê	28,64	9,565	,395	,320	,836
Ter menos riscos de complicações	28,69	9,401	,464	,384	,830
Promover o sentimento de autossatisfação	29,25	8,518	,493	,312	,829
Poder participar mais ativamente no nascimento do bebê	28,88	8,093	,699	,561	,803
Poder pegar no bebê logo após o nascimento	28,73	8,537	,691	,550	,808
Poder ter alguém importante ao lado durante o parto	28,89	8,112	,524	,365	,828
Poder sentir maior autorealização e capacitação	29,05	8,252	,664	,464	,808
Proporcionar mais calma e tranquilidade	28,93	8,436	,645	,436	,811
Ter a possibilidade de cuidar do bebê sem ajuda	28,84	9,150	,420	,264	,834
<b>Alpha de Cronbach 0,841</b>					

Quanto à dimensão 3 (tabela 10), obteve-se na análise fatorial o agrupamento de 10 itens, com o valor de alfa de Cronbach de 0,814. Os valores de correlação obtidos foram todos superiores a 0,4, respeitando desta forma o critério mínimo estabelecido, sendo que o valor mais baixo de correlação diz respeito ao item 32 “ Ter em consideração a opinião do médico” com o valor de 0,404 e o valor mais alto de 0,620 no item 27 “ Seguir o conselho das amigas”. A eliminação de qualquer dos seus itens não resultaria num aumento da consistência interna da escala, o que justifica a manutenção de todos os itens. Dimensão que foi designada por **influência técnica e social na decisão pela via do parto (ITS)**.

**Tabela 10.**

Estatísticas e alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna da dimensão 3

	Média de escala se o item for excluído	Varição de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Ter a possibilidade de realizar laqueação de trompas	23,43	25,917	,444	,278	,796
Existir a possibilidade de ter que fazer episiotomia	22,91	27,242	,395	,253	,800
Poder marcar a data e a hora do parto	23,03	24,891	,590	,394	,778
É tradição familiar	23,46	24,750	,631	,544	,774
A decisão do companheiro	22,71	25,013	,515	,366	,788
Seguir o conselho das amigas	23,54	25,272	,620	,526	,776
Ter experiência anterior muito positiva	22,76	25,932	,412	,244	,801
Ter conhecimento de más experiências	23,31	26,190	,440	,328	,797
Ter em consideração a opinião do médico	21,96	28,640	,404	,796	,800
Ter em consideração a opinião do enfermeiro	22,01	28,153	,467	,805	,796
<b>Alpha de Cronbach 0,814</b>					

Para a dimensão 4, constituída por 5 itens, o qual foi designada por **influência da dor na decisão pela via do parto (ID)**, verificou-se que a consistência interna da escala é boa, com um valor de alpha de Cronbach de 0,840. Observando-se a tabela 11, verifica-se que as correlações item/total se encontram entre 0,530 e 0,742 que correspondem ao item 18 “ Ter receio de perder o controlo durante o parto” e o item 1 “ Ter menos dor durante o trabalho de parto”. Verifica-se que o item 1 “ Ter menos dor durante o trabalho de parto” e o item 2 “ Ter menos dor durante o parto” são os mais correlacionados entre si. A manutenção de todos os itens nesta dimensão é justificada pelo não aumento do valor de alpha de Cronbach com a eliminação de qualquer um dos itens.



**Tabela 11.**

Estatísticas e alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna da dimensão 4

	Média de escala se o item for excluído	Varição de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Ter menos dor durante o trabalho de parto	<b>12,92</b>	<b>5,501</b>	<b>,742</b>	<b>,736</b>	<b>,770</b>
Ter menos dor durante o parto	<b>12,92</b>	<b>5,682</b>	<b>,736</b>	<b>,735</b>	<b>,775</b>
Ter menos dor no pós-parto	<b>12,90</b>	<b>5,741</b>	<b>,611</b>	<b>,464</b>	<b>,805</b>
Ter medo de sentir dor	<b>13,32</b>	<b>5,383</b>	<b>,586</b>	<b>,419</b>	<b>,817</b>
Ter receio de perder controlo durante o parto	<b>13,10</b>	<b>5,838</b>	<b>,530</b>	<b>,374</b>	<b>,829</b>
<b>Alpha de Cronbach 0,840</b>					

Ao proceder-se ao estudo estatístico de validade e fiabilidade da escala, verifica-se que a distribuição dos itens pelas quatro dimensões, obtidas pela análise de componentes principais que vai de encontro à ideia original (Quadro 2).

**Quadro 2.**

Distribuição final dos itens pelas dimensões

<b>Escala de fatores de preferência pela via do parto</b>
<p><b>Preocupação com a saúde e bem-estar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recuperar mais rápido</li> <li>Ter a possibilidade de fazer o primeiro levante mais cedo</li> <li>Ser mais natural / fisiológico</li> <li>Não interferir na estética do órgão sexual</li> <li>Não interferir na vida sexual</li> <li>Ter a possibilidade de ter alta hospitalar mais cedo</li> </ul>
<p><b>Preocupação com o parto e com o bebé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ser melhor para o meu bebé</li> <li>Ter menos riscos e complicações</li> <li>Promover o sentimento de autossatisfação</li> <li>Poder participar mais ativamente no nascimento do bebé</li> <li>Poder pegar no bebé logo após o nascimento</li> <li>Poder ter alguém importante ao lado durante o parto</li> <li>Poder sentir maior autorrealização e capacitação</li> <li>Proporcionar mais calma e tranquilidade</li> <li>Ter a possibilidade de cuidar do bebé sem ajuda</li> </ul>
<p><b>Influência técnica e social na decisão pela via do parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ter a possibilidade de realizar laqueação de trompas</li> <li>Existir a possibilidade de ter que fazer episiotomia</li> <li>Poder marcar a data e a hora do parto</li> <li>É tradição familiar</li> <li>A decisão do companheiro</li> <li>Seguir o conselho das amigas</li> <li>Ter experiência anterior muito positiva</li> <li>Ter conhecimento de más experiências</li> <li>Ter em consideração a opinião do médico</li> <li>Ter em consideração a opinião do enfermeiro</li> </ul>
<p><b>Influência da dor na decisão pela via do parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ter menos dor durante o trabalho de parto</li> <li>Ter menos dor durante o parto</li> <li>Ter menos dor no pós-parto</li> <li>Ter medo de sentir dor</li> <li>Ter receio de perder o controlo durante o parto</li> </ul>

## 2.6. Procedimentos de recolha de dados

Para a realização desta investigação, foi solicitada e obtida autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados junto do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

O primeiro contacto com as participantes que constituem a amostra deste estudo foi efetuado na consulta de gravidez de termo do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa. Todos os questionários estavam acompanhados de um consentimento informado (Anexo D) onde eram explicados os objetivos e procedimentos do estudo, assegurando de que a sua participação era voluntária e poderia abandonar o estudo em qualquer momento. Garantiu-se a confidencialidade da informação dada e foi fornecido o contacto telefónico da investigadora para eventual esclarecimento de dúvidas.

O questionário previa duas fases de preenchimento, a primeira antes do parto e a segunda fase após o parto. O questionário foi entregue na sua totalidade às participantes no primeiro contacto. A primeira fase do questionário foi respondida no momento, durante o tempo de espera da consulta e a segunda parte do questionário ficou com as participantes e após o parto foi preenchido e entregue durante o internamento no serviço de obstetrícia.

É de salientar que foi pedida a colaboração dos enfermeiros da consulta externa e do serviço de puerpério para a entrega e recolha do questionário, favorecendo assim a adesão ao seu preenchimento.

Todos os questionários foram codificados com um número, permitindo assim fazer a correspondência entre as duas fases do questionário.

Foi solicitado o contacto telefónico das participantes para posterior contato para concluir o preenchimento do questionário, caso fosse necessário.

Para a concretização da colheita de dados no período de tempo estipulado foi necessária a colaboração dos enfermeiros da consulta de gravidez de termo para a entrega dos questionários, foi-lhes explicado os objetivos do estudo, a sua pertinência e a população-alvo, sensibilizando-os desta forma para a importância da sua colaboração.

A sua colaboração revelou-se fundamental na entrega e recolha dos questionários, visto não ser possível à investigadora estar presente na totalidade dos dias da consulta, devido à sobreposição do seu horário de trabalho e não ter existido disponibilidade institucional para a redução de horário para a realização deste estudo, contudo sempre que foi possível, a responsabilidade pela aplicação do instrumento de colheita de dados, foi da investigadora.

A mesma colaboração foi pedida aos enfermeiros do serviço de internamento de obstetrícia para procederem à recolha da segunda fase do questionário.

As instruções fornecidas para o preenchimento do questionário foram as que se encontram no próprio instrumento, que indicam que não existem respostas certas ou erradas, apenas a opinião é importante.

## **2.7. Procedimentos estatísticos de análise de dados**

Após a colheita dos dados, era fundamental proceder ao seu tratamento, para efetuar a análise estatística foi utilizado a versão 20 do programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), para a Microsoft Windows®.

Para trabalhar os dados relativos às características da amostra em estudo, utilizou-se a estatística descritiva que se centra no estudo de características não uniformes ou experimentadas e as conclusões obtidas através da caracterização da amostra tem que ser generalizáveis a para a população teórica (Marôco, 2007, Pestana & Gageiro, 2005).

Utilizaram-se as medidas de tendência central, com o cálculo da média, moda e desvio padrão.

Procedeu-se à análise da normalidade da distribuição das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov, concluindo-se que não existe normalidade da distribuição, pelo que se optou pela utilização de testes não-paramétricos.

Com o intuito de testar as hipóteses pré-estabelecidas recorreu-se aos testes não paramétricos do Qui-quadrado e teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo, este método estatístico “procura determinar a probabilidade de ocorrência de uma determinada situação experimental, através de um conjunto elevado de simulações, baseado na geração aleatória de amostras a partir do conhecimento empírico da população em estudo” (Marôco, 2007, p.108), o teste de Kruskal-Wallis, aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, para três ou mais amostras independentes.

## **2.8. Procedimentos éticos**

Para a realização do presente estudo foi solicitada autorização ao Conselho de administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa com conhecimento à Comissão de Ética (Anexo E), a qual deu parecer favorável à sua realização (Anexo F).

O instrumento de colheita de dados possuía uma folha que se destinava a explicar o âmbito do estudo, os seus objetivos e as finalidades, assim como uma declaração de consentimento, solicitando a respetiva autorização por escrito.

Foi respeitada a declaração de Helsínquia, os dados foram codificados por forma a proteger a privacidade e confidencialidade dos dados pessoais, bem como foi garantida de que a sua participação era voluntária e poderia ser revogada em qualquer momento do estudo, sem de que daí adviesse qualquer prejuízo.



### 3. RESULTADOS

Apresentam-se de seguida os resultados do presente estudo, iniciando com os decorrentes da análise descritiva de cada uma das variáveis em estudo: 1) Vigilância da gravidez; 2) Informação sobre o trabalho de parto e parto; 3) Preparação para o parto; 4) História obstétrica anterior; 5) Opinião sobre a preferência da via do parto; 6) Fatores que influenciam a preferência pela via do parto; 7) Pós-parto e, por fim, seguindo-se a análise inferencial para validação das hipóteses deste estudo.

#### 3.1. Análise descritiva

Neste subcapítulo far-se-á a análise descritiva dos dados recolhidos através do instrumento de colheita de dados tendo como finalidade exprimir informação importante sobre a amostra e observações realizadas.

##### **Vigilância da gravidez**

A análise da variável vigilância da gravidez (tabela 12) permitiu observar que 80,9% das participantes afirma que a sua gravidez foi planeada e são poucas as que afirmam não querer ter o parto no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (1,1%).

No que respeita à realização de consultas de vigilância pré-natal, 92,7% vigiou a gravidez, ou seja, realizou seis ou mais consultas, enquanto 7,3% não realizou as consultas de vigilância pré-natal conforme o preconizado na orientação técnica nº2 de 1993 da Direção Geral de Saúde.

Relativamente a problemas de saúde durante a gravidez, 38,3%, das participantes afirmam ter patologia resultante da gravidez.

A maioria das participantes no estudo (89,9%) diz ter tido sempre consulta de enfermagem na vigilância da gravidez.

**Tabela 12.**

Estatística descritiva da variável vigilância da gravidez

Variáveis	Frequência	Percentagem
<b>Gravidez Planeada</b>		
Sim	144	80,9
Não	34	19,1
Total	178	100
<b>Consultas de vigilância</b>		
Sim	165	92,7
Não	13	7,3
Total	178	100
<b>Consultas de vigilância realizadas no Centro Hospitalar</b>		
Sim	101	56,7
Não	77	43,3
Total	178	100
<b>Consultas de vigilância realizadas no Centro de Saúde</b>		
Sim	147	82,6
Não	31	17,4
Total	178	100
<b>Consultas de vigilância realizadas no médico particular</b>		
Sim	53	29,8
Não	125	70,2
Total	178	100
<b>Pretende ter o bebé no Centro Hospitalar</b>		
Sim	176	98,9
Não	2	1,1
Total	178	100
<b>Problema de saúde antes da gravidez</b>		
Sim	13	7,3
Não	165	92,7
Total	178	100
<b>Problema de saúde durante a gravidez</b>		
Sim	67	38,3
Não	108	61,7
Total	175	100
<b>Consultas de enfermagem</b>		
Nunca	4	2,2
Às vezes	14	7,9
Sempre	160	89,9
Total	178	100

### Informação sobre o trabalho de parto e parto

Com esta variável pretendeu-se conhecer se as grávidas se consideravam informadas sobre o parto e trabalho de parto e de que forma adquiriram essa informação.

Apurou-se que 71,3% das grávidas se considera razoavelmente informada sobre o trabalho de parto e parto, tendo a sua maioria adquirido essa informação através dos profissionais de saúde (56,7%) e através de livros (44,4%) sobre a temática.



Constatou-se ainda que 59,6% das participantes recebeu informações quer do médico, quer do enfermeiro durante as consultas de vigilância, contudo 6,7% das grávidas afirma não lhe ter sido permitido colocar dúvidas durante a consulta (Tabela 13).

**Tabela 13.**

Estatística descritiva da variável informação

Variáveis	Frequência	Percentagem
<b>Informação sobre o trabalho de parto e parto</b>		
Muito informada	39	21,9
Razoavelmente informada	127	71,3
Pouco informada	10	5,6
Nada informada	2	1,1
Total	178	100
<b>Informação obtida através de livros</b>		
Sim	79	44,4
Não	99	55,6
Total	178	100
<b>Informação obtida através de internet</b>		
Sim	71	39,9
Não	107	60,1
Total	178	178
<b>Informação obtida através de revistas</b>		
Sim	18	10,1
Não	160	89,9
Total	178	100
<b>Informação obtida através de familiares</b>		
Sim	70	39,3
Não	108	60,7
Total	178	100
<b>Informação obtida através de amigos</b>		
Sim	38	21,3
Não	140	78,7
Total	178	100
<b>Informação obtida através de profissionais de saúde</b>		
Sim	103	57,9
Não	75	42,1
Total	178	100
<b>Informação obtida através da experiência do parto anterior</b>		
Sim	58	32,9
Não	120	67,4
Total	178	100
<b>Informação dada nas consultas de vigilância</b>		
Médico	35	19,7
Enfermeiro	37	20,8
Ambos	106	59,6
Total	178	100
<b>Retirar dúvidas nas consultas de vigilância</b>		
Sim	166	93,3
Não	12	6,7
Total	178	100

### Preparação para o parto

Em relação à variável preparação para o parto, pode-se observar na tabela 14 que 71,3% das grávidas não fez preparação. Do grupo que realizou preparação para o parto, 1,7%, realizou-a numa clínica privada e 47,1% no Centro de Saúde e em igual percentagem no Centro Hospitalar.

**Tabela 14.**

Estatística descritiva quanto às variáveis preparação para o parto

Variáveis	Frequência	Percentagem
<b>Preparação para o parto</b>		
Sim	51	28,7
Não	127	71,3
Total	178	100
<b>Onde realizou a preparação para o parto</b>		
Maternidade/Hospital	24	47,1
Clínica Privada	3	5,9
Centro de saúde	24	47,1
Total	51	100

### História obstétrica

Em relação à história obstétrica, todas as participantes neste estudo encontram-se no terceiro trimestre de gestação, existindo representação desde a 34ª semana de gestação até à 41ª semana de gestação, sendo a média de 36,94 semanas de gestação, o valor modal de 36 semanas de gestação com um desvio padrão de 1,687.

Das participantes 52,8% estava grávida pela primeira vez e 34,8% têm um filho.

Das participantes que têm um filho, quando questionadas sobre o seu parto anterior, 48,7% tinham realizado o parto por via vaginal e 33,3% realizou cesariana, sendo que 93,6% dos partos ocorreu num hospital público.

Quanto à participação na escolha pela via do parto, 78,2% refere que não teve qualquer participação nessa escolha, onde 74,4% afirma que a decisão foi apenas médica.

Quando lhes foi pedido para classificarem a experiência do parto, 61,5% considera-a agradável, mas 7,7% classificam-na como muito desagradável. Os dados apurados estão resumidos na tabela 15.

**Tabela 15.**

Estatística descritiva quanto às variáveis da história obstétrica

Variáveis	Frequência	Porcentagem
<b>Semanas de gestação</b>		
34 <sup>a</sup>	6	3,4
35 <sup>a</sup>	37	20,8
36 <sup>a</sup>	39	21,9
37 <sup>a</sup>	28	15,7
38 <sup>a</sup>	32	18
39 <sup>a</sup>	20	11,2
40 <sup>a</sup>	15	8,4
41 <sup>a</sup>	1	0,6
Total	178	100
<b>Número de filhos</b>		
0	99	55,6
1	62	34,8
2	16	9
5	1	0,6
Total	178	100
<b>Número de vezes que esteve grávida</b>		
1	94	52,8
2	57	32
3	22	12,4
4	3	1,7
5	1	0,6
6	1	0,6
Total	178	100
<b>Tipo de parto anterior</b>		
Normal	38	48,7
Fórceps	3	3,8
Ventos	11	14,1
Cesariana	26	33,3
Total	78	100
<b>Local de nascimento</b>		
Hospital público	73	93,6
Hospital privado	5	6,4
Total	78	100
<b>Gravidez anterior planeada</b>		
Sim	54	69,2
Não	24	30,8
Total	78	100
<b>Participação na escolha pela via do parto</b>		
Sim	17	21,8
Não	61	78,2
Total	78	100
<b>Foi decisão médica</b>		
Sim	58	74,4
Não	20	25,6
Total	78	100
<b>Experiência do parto</b>		
Muito agradável	10	12,8
Agradável	48	61,5
Desagradável	14	17,9
Muito desagradável	6	7,7
Total	78	100

### Preferência pela via do parto

Nesta variável pretendeu-se conhecer a preferência das participantes pela via do parto, constatou-se que a maioria das grávidas prefere o parto vaginal (66,9%) e 9% prefere o parto por cesariana, 24,2% afirma não ter preferência pela via do parto (Tabela 16).

**Tabela 16.**

Distribuição das participantes quanto à preferência pela via do parto

Variáveis	Frequência	Percentagem
<b>Preferência pela via do parto</b>		
Parto vaginal	119	66,9
Cesariana	16	9,0
Não tem preferência	43	24,2
Total	178	100
<b>Analgesia epidural, no parto vaginal</b>		
Sim	109	91,6
Não	10	8,4
Total	119	100

### Fatores de preferência pela do via do parto

A tabela 17 representa a estatística descritiva da EFPVP pelos componentes estudados. Lembra-se que a dimensão 1 representa: Preocupação com a saúde e bem-estar (PSB), a dimensão 2 – Preocupação com o parto e com o bebé (PPB), dimensão 3 – Influência técnica e social na decisão pela via do parto (ITS) e por fim a dimensão 4 – Influência da dor na decisão pela via do parto (ID).

Analisando os dados, verifica-se que a PPB possui a média mais alta (3,60) e a ITS a média mais baixa (2,54).

Na PSB o item com maior média é o item 4 – Recuperar mais rápido – com uma média de 3,51 e um desvio padrão de 0,657 e o item com menor média é o item 7 – Não interferir na estética do órgão sexual- com a média de 3,01 e um desvio padrão de 0,876.

Em relação à PPB o item que obteve maior média foi o item 11 - Ser melhor para o meu bebé- com a média de 3,84 e o item 17 com menor média (3,24) - Promover o sentimento de auto satisfação-.

Na ITS, que representa a Influência técnica e social na decisão pela via do parto o item 27 - Seguir o conselho das amigas- obteve a média 1,93 e o item 30 -Ter em consideração a opinião do médico - é o item com maior média (3,50).

Por fim, na ID, o item com maior média é o 3 - Ter menos dor no pós-parto-, com 3,39 com um desvio padrão de 0,737 e com a menor média (2,97), o item 15 - Ter medo de sentir dor- com um desvio padrão de 0,856.

**Tabela 17.**

Estatística descritiva da EFPVP

		PSB	PPB	ITS	ID
N	Válido	178	178	177	178
	NR	0	0	1	1
Média		3,20	3,60	2,54	3,25
Mediana		3,33	3,66	2,50	3,30
Moda		3,33	3,89	2,60 <sup>a</sup>	4,00
Desvio padrão		0,59	0,36	0,56	0,58
Mínimo		1,17	2,22	1,40	1,00
Máximo		4,00	4,00	4,00	4,00
Item com maior média		Item 4	Item 11	Item 30	Item 3
Item com menor média		Item 7	Item 17	Item 27	Item 15

Legenda: N – frequência; NR – não resposta; PSB- Preocupação com a saúde e bem-estar; PPB – Preocupação com parto e com o bebê; ITS – Influência técnica e social; ID – Influência da dor

a. Existe vários valores para a moda. O menor valor é mostrado.

Segue-se a análise descritiva das quatro dimensões que compõe a escala por preferência (tabela 18). É possível verificar que as médias das quatro dimensões estão relativamente próximas dos valores máximos seja qual for a preferência. Constata-se ainda que as médias por preferência são mais altas na PPB, seguindo-se a ID, onde a preferência pela cesariana possui média mais alta (3,33). A dimensão onde se verificam médias mais baixas em qualquer uma das preferências é a ITS.

**Tabela 18.**

Estatística descritiva da EFPVP segundo a preferência

	PSB	PPB	ITS	ID
<b>Parto vaginal</b>				
N	119	119	119	119
Média	3,25	3,63	2,49	3,23
Mediana	3,33	3,77	2,50	3,20
Moda	3,50	3,89	2,60	3,00 <sup>a</sup>
Mínimo	1,17	2,67	1,40	1,80
Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00
<b>Cesariana</b>				
N	16	16	16	16
Média	2,97	3,47	2,78	3,33
Mediana	3,00	3,72	2,85	3,20
Moda	4,00	4,00	2,50 <sup>a</sup>	4,00
Mínimo	1,50	2,22	1,90	2,20
Máximo	4,00	4,00	3,70	4,00
<b>Não têm preferência</b>				
N	43	43	42	43
Média	3,13	3,59	2,59	3,29
Mediana	3,16	3,66	2,60	3,40
Moda	3,33	3,89	1,90 <sup>a</sup>	3,40 <sup>a</sup>
Mínimo	1,33	2,56	1,70	1,00
Máximo	4,00	4,00	3,90	4,00

Legenda: N – frequência; PSB- Preocupação com a saúde e bem-estar; PPB – Preocupação com parto e com o bebê; ITS – Influência técnica e social; ID – Influência da dor

### Pós-parto

Por fim, para as variáveis do pós-parto, procurou-se averiguar que tipo de parto, as participantes no estudo realizou e se após passarem pela experiência de parto mantinham a mesma opinião sobre a sua preferência. Ao analisar-se a tabela 19, verifica-se que 27,4% das participantes que responderam à segunda parte do questionário realizaram parto distócico por cesariana e 40,5% realizou parto vaginal com analgesia e 14,3%, parto vaginal sem analgesia.

Em relação à preferência pela via do parto, 88% das participantes mantém a sua preferência pela via do parto.

**Tabela 19.**

Estatística descritiva da variável opinião sobre o tipo de parto

Variáveis	Frequência	Porcentagem
<b>Parto realizado</b>		
Parto vaginal com analgesia	34	40,5
Parto vaginal sem analgesia	12	14,3
Parto distócico por ventosa	15	17,9
Parto distócico por cesariana	23	27,4
Total	84	100
<b>Mantém a preferência pelo tipo de parto</b>		
Sim	73	88
Não	10	12
Total	83	100

### 3.2. Análise inferencial

A análise inferencial permite com base nos elementos observados testar as hipóteses que foram formuladas para este estudo, com o objetivo de retirar algumas conclusões para a população. Serão apresentados os resultados obtidos pela sequência com que as hipóteses foram formuladas.

#### H1 - Existe relação entre a idade das grávidas e a preferência pelo parto por cesariana

Procurou-se estabelecer relação entre a preferência pela via do parto e a variável idade, através do teste Qui-Quadrado. No entanto verificou-se que não existiam todas as condições para aplicação do teste do Qui-Quadrado, para a variável idade, que segundo Marôco (2007), este só pode ser aplicado quando:  $N > 20$ ; todos os  $E_{ij}$  (valores esperados) sejam superiores a 1 e pelo menos 80% dos  $E_{ij}$  sejam superiores ou iguais a 5, pelo que se aplicou o teste do Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo. Com o objetivo de analisar relação entre duas variáveis calculou-se os resíduos ajustados estandardizados, identificando assim quais as células da tabela de contingência com comportamentos significativamente superiores ou inferiores ao comportamento esperado (Pestana e Gageiro, 2007).

Assim, ao analisar-se a tabela 20 verifica-se que existe relação entre a variável idade e a preferência pela via do parto ( $p=0,021$ ), confirmando assim a hipótese equacionada.

#### Tabela 20.

Nível de significância do teste de qui-quadrado por simulação de Monte Carlo: preferência pela via do parto, a idade

Variável		Preferência pela via do parto
Idade	$\chi^2=11,936$	$p=0,021$

Legenda:  $\chi^2$  – Qui- quadrado;  $p$  – significância

Ainda em relação à variável idade, verificou-se que o seu efeito se encontra ao nível da preferência pela cesariana. Assim, nas participantes que se situam na faixa etária mais alta, existe um número de preferência pelo parto por cesariana superior ao esperado enquanto nas mais novas verificou-se precisamente o contrário (tabela 21).

**Tabela 21.**

Tabela de contingência idade e preferência pela via do parto

			Qual a preferência pela via do parto			Total
			Parto vaginal	Cesariana	Não tem preferência	
<b>Idade</b>	15-24	Valores observados	25	0	13	38
		Resíduos ajustados	-,2	-2,2	1,6	
	25-34	Valores observados	82	11	22	115
		Resíduos ajustados	1,7	,4	-2,1	
	35-45	Valores observados	12	5	8	25
		Resíduos ajustados	-2,2	2,1	1,0	
<b>Total</b>		Valores observados	119	16	43	178

**H2 – Existe relação entre o nível educacional das grávidas e a preferência pela via do parto**

Para analisar esta hipótese com vista à verificação da existência ou não de relação entre estas duas variáveis recorreu-se novamente o teste de Qui-quadrado por Simulação de Monte Carlo, como se pode observar na tabela 22, não existe relação entre estas duas variáveis.

**Tabela 22.**

Nível de significância do teste de qui-quadrado: preferência pela via do parto, habilitações literárias.

Variável	Preferência pela via do parto	
Habilitações literárias	$\chi^2=10,119$	$p=0,245$

Legenda:  $\chi^2$  – Qui- quadrado;  $p$  – significância

Apesar de o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo não ser significativo ao analisar a tabela de contingência (tabela 23), verifica-se que parece haver uma tendência para um maior nível educacional corresponder a uma maior preferência pelo parto vaginal.

**Tabela 23.**

Tabela de contingência habilitações literárias e preferência pela via do parto

			Qual a preferência pela via do parto			Total
			Parto vaginal	Cesariana	Não tem preferência	
<b>Habilitações literárias</b>	1ºciclo	Valores observados	3	2	2	7
		Resíduos ajustados	-1,4	1,8	,3	
	2ºciclo	Valores observados	21	3	11	35
		Resíduos ajustados	-1,0	-,1	1,1	
	3ºciclo	Valores observados	35	3	14	52
		Resíduos ajustados	,1	-1,0	,6	
	Secundário	Valores observados	40	7	14	61
		Resíduos ajustados	-,3	,8	-,3	
	Ensino Superior	Valores observados	20	1	2	23
		Resíduos ajustados	2,2	-,8	-1,9	
<b>Total</b>		Valores observados	119	16	43	178



### H3 – Existe relação entre a vigilância da gravidez e a preferência pela via do parto

Como referido na operacionalização das variáveis para a vigilância da gravidez, procurou-se informações sobre se a gravidez era planeada, a frequência de curso de preparação para o parto e se efetuou consultas vigilância pré-natal. Assim, no que respeita a essas variáveis, verificou-se que não existe relação entre estas e a preferência pela via do parto (tabela 24), rejeitando assim a hipótese mencionada. Recorreu-se novamente ao teste do Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo, porque as condições de aproximação do teste à distribuição do Qui-Quadrado não se verificaram (Marôco, 2007).

**Tabela 24.**

Nível de significância do teste de qui-quadrado por simulação de Monte Carlo: preferência pela via do parto, gravidez planeada, preparação para o parto, consulta de vigilância

Variável		Preferência pela via do parto
Gravidez planeada	$\chi^2=4,355$	$p=0,123$
Preparação para o parto	$\chi^2=2,006$	$p=0,403$
Consulta de vigilância	$\chi^2=5,138$	$p=0,056$

Legenda:  $\chi^2$  – Qui- quadrado;  $p$  – significância

### H4 - Existe relação entre a existência de filhos e a preferência pela via do parto

Observando a tabela 25, constata-se que existe relação entre a existência de filhos e a preferência com um nível de significância inferior a 0,001, pelo que a hipótese nula é rejeitada.

**Tabela 25.**

Nível de significância do teste de qui-quadrado: preferência pela via do parto e existência de filhos

Variável		Preferência pela via do parto
Existência de filhos	$\chi^2=16,834$	$p<0,001$

Legenda:  $\chi^2$  – Qui- quadrado;  $p$  – significância

Confirmada esta hipótese ao analisar-se a tabela 26, verifica-se que nas participantes com filhos se encontra uma frequência de preferência pelo parto por cesariana superior ao esperado, verificando-se o inverso nas que não têm filhos.

**Tabela 26.**

Tabela de contingência existência de filhos e qual a preferência pela via do parto

		Qual a preferência pela via do parto			Total	
		Parto vaginal	Cesariana	Não tem preferência		
Existência de filhos	Sim	Valores observados	47	15	17	79
		Resíduos ajustados	-2,0	<b>4,1</b>	-,5	
	Não	Valores observados	71	1	24	96
		Resíduos ajustados	2,0	<b>-4,1</b>	,5	
<b>Total</b>	Valores observados	118	16	41	175	

### H5 – Existe relação entre a informação adquirida sobre o trabalho de parto e parto e a preferência pela via do parto

Analizando agora a variável informação sobre o trabalho de parto e parto e a sua relação com a preferência pela via do parto (tabela 27), verificou-se que existe relação entre a informação e a preferência pela via do parto ( $P=0,01$ ). Salienta-se que se usou os resultados do teste do Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo, porque as condições de aproximação do teste à distribuição do Qui-Quadrado não se verificaram (Marôco, 2007).

**Tabela 27.**

Nível de significância do teste de qui-quadrado por simulação de Monte Carlo: preferência pela via do parto e a informação sobre o parto e trabalho de parto

Variável		Preferência pela via do parto
Informação	$\chi^2=16,603$	$p=0,016$

Legenda:  $\chi^2$  – Qui- quadrado;  $p$  – significância

Relativamente à forma como as participantes se consideram informada, constata-se que as que se consideram muito informadas tem preferência pelo parto por cesariana mais do que era esperado, assim como as que se consideram nada informadas (tabela 28). Contrariamente, as que se consideram razoavelmente informadas tem menos preferência pelo parto por cesariana do que era esperado.

**Tabela 28.**

Tabela de contingência informação sobre o trabalho de parto e parto e qual a preferência pela via do parto

			Qual a preferência pela via do parto			Total
			Parto vaginal	Cesariana	Não tem preferência	
<b>Considera-se informada sobre o trabalho de parto e parto?</b>	Muito informada	Valores observados	26	8	5	39
		Resíduos ajustados	,0	<b>2,8</b>	<b>-1,9</b>	
	Razoavelmente informada	Valores observados	87	6	34	127
		Resíduos ajustados	,7	<b>-3,1</b>	1,3	
	Pouco informada	Valores observados	5	1	4	10
		Resíduos ajustados	-1,2	,1	1,2	
	Nada informada	Valores observados	1	1	0	2
		Resíduos ajustados	-,5	<b>2,0</b>	-,8	
<b>Total</b>		Valores observados	119	16	43	178

Uma vez que se entendeu ser importante conhecer de que forma as participantes deste estudo adquiriram essa informação, realizou-se a análise estatística inferencial, das diferentes formas como a informação foi adquirida. Ao analisar a tabela 29, pode-se afirmar que existe relação entre a informação obtida através de livros, com um valor de significância de 0,032, assim como se estabeleceu relação entre a informação obtida pela experiência do parto anterior e a preferência, com um valor de significância de 0,003.

**Tabela 29.**

Nível de significância do teste de qui-quadrado: forma de que é adquirida a informação e a preferência pela via do parto

Variável		Preferência pela via do parto
Informação obtida por livros	$\chi^2=6,912$	$p=0,032$
Informação obtida por internet	$\chi^2=5,728$	$p=0,057$
Informação obtida por revistas	$\chi^2=5,594$	$p=0,061$
Informação obtida por familiares	$\chi^2=4,148$	$p=0,126$
Informação obtida por amigos	$\chi^2=0,166$	$p=0,920$
Informação obtida por profissionais de saúde	$\chi^2=5,519$	$p=0,238$
Informação obtida pela experiência do parto anterior	$\chi^2=11,351$	$p=0,003$

Legenda:  $\chi^2$  – Qui- quadrado;  $p$  – significância

Quanto à preferência pela via do parto constatou-se que a preferência pelo parto vaginal é maior do que era esperado nas participantes que adquiriram informação sobre o parto através de livros (Tabela 30).

**Tabela 30.**

Tabela de contingência informação obtida por livros e qual a preferência pela via do parto

			Qual a preferência pela via do parto			Total
			Parto vaginal	Cesariana	Não tem preferência	
<b>Informação obtida Livros</b>	Sim	Valores observados	60	3	16	79
		Resíduos ajustados	<b>2,3</b>	<b>-2,2</b>	-1,1	
	Não	Valores observados	59	13	27	99
		Resíduos ajustados	<b>-2,3</b>	<b>2,2</b>	1,1	
<b>Total</b>		Valores observados	119	16	43	178

Analisando a tabela 31, que diz respeito aos valores esperados verifica-se que a preferência pela cesariana é maior nas participantes que obtiveram informação através da sua experiência de parto anterior.

**Tabela 31.**

Tabela de contingência informação obtida pela experiência do parto anterior e qual a preferência pela via do parto

			Qual a preferência pela via do parto			Total
			Parto vaginal	Cesariana	Não tem preferência	
<b>Informação obtida experiência do parto anterior</b>	Sim	Valores observados	37	11	10	58
		Resíduos ajustados	-,6	<b>3,2</b>	-1,5	
	Não	Valores observados	82	5	33	120
		Resíduos ajustados	,6	<b>-3,2</b>	1,5	
<b>Total</b>		Valores observados	119	16	43	178

#### **H6 – Existe relação entre as quatro dimensões da escala de fatores de preferência pela via do parto e a preferência pela via do parto**

Para a realização da análise estatística inferencial de cada dimensão da escala dos fatores que influenciam a preferência pela via do parto e a preferência, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Os resultados do teste revelaram que nenhuma das dimensões da escala de fatores tem um efeito estatisticamente significativo sobre a preferência pela via do parto, mas ao analisar-se a tabela 32, onde se expõe os resultados da relação entre a via do parto e as dimensões que formam a escala dos fatores, pode-se verificar que é na dimensão PPB que encontramos os valores médios mais elevados e na dimensão ITS os mais baixos. Pelo que se pode aferir que a dimensão PPB revela-se como a que tem mais peso no momento da escolha da preferência pela via do parto, enquanto a dimensão ITS tem menor peso na preferência.

**Tabela 32.**

Resultados do teste de Kruskal-Wallis aplicado às dimensões da EFPVP e via do parto

PSB						
	N	Média	Média Rank	DP	Chi-Square	P
Parto vaginal	119	3,25	92,39	0,521	1,267	0,531
Cesariana	16	2,97	79,88	0,896		
Não tem preferência	43	3,13	85,07	0,657		
PPB						
	N	Média	Média Rank	DP	Chi-Square	P
Parto vaginal	119	3,63	91,40	0,333	0,510	0,775
Cesariana	16	3,47	86,84	0,584		
Não tem preferência	43	3,59	85,22	0,340		
ITS						
	N	Média	Média Rank	DP	Chi-Square	P
Parto vaginal	119	2,49	84,69	0,560	4,279	0,118
Cesariana	16	2,78	112,03	0,581		
Não tem preferência	42	2,59	92,44	0,573		
ID						
	N	Média	Média Rank	DP	Chi-Square	P
Parto vaginal	119	3,23	86,96	0,505	0,930	0,628
Cesariana	16	3,33	96,97	0,618		
Não tem preferência	43	3,29	93,74	0,576		

Legenda: N – frequência; DP – desvio padrão; *p* – significância; PSB- Preocupação com a saúde e bem-estar; PPB – Preocupação com parto e com o bebé; ITS – Influência técnica e social; ID – Influência da dor

Por fim, procurou-se analisar a relação entre o tipo de parto realizado e a manutenção da opinião pela preferência. A análise dos dados do teste do Qui-quadrado por simulação do teste de Monte Carlo não se revelou estatisticamente significativo (tabela 33). Apesar de como referido anteriormente, 12% das participantes mudou de opinião sobre a sua preferência.

**Tabela 33.**

Nível de significância do teste de qui-quadrado por simulação de Monte Carlo: tipo de parto realizado e a opinião sobre a preferência

Variável	Opinião sobre a preferência pela via do parto	
Tipo de parto realizado	$\chi^2=3,767$	$p=0,292$

Legenda:  $\chi^2$  – Qui- quadrado;  $p$  – significância

## 4. DISCUSSÃO

Neste capítulo irá proceder-se à discussão dos principais resultados deste estudo, tendo como pedra basilar as questões e hipóteses de investigação.

### 4.1. Preferência pela via do parto

Neste estudo 66,9% das participantes desejou ter um parto vaginal. Estes valores vão de encontro aos encontrados noutros estudos (Fuglenes, Aas, Botten, Oian & Kristiansen, 2011; Milhinhos, Lavaredas & Clode, 2012), onde o parto vaginal é a preferência da maioria das mulheres, o que não justifica a taxa de cesariana de 34,8% em 2011 em Portugal (OCDE, 2013). Mas a baixa preferência pelo parto por cesariana encontrada, poderá estar relacionada com o facto de este estudo ter sido realizado apenas num hospital público, o que pode condicionar as respostas já que antecipadamente as mulheres sabem que não são aceites cesarianas a pedido. O facto é que a taxa de cesarianas nos hospitais privados em Portugal situa-se nos 81,8% em 2011 (PORDATA, 2013), ficando muito acima das praticadas no setor público, o que poderá induzir-nos a pensar é que a população de grávidas que têm preferência pelo parto por cesariana eventualmente escolherá o setor privado para ter o bebé, hipótese esta validada por um estudo realizado num hospital privado, em que a preferência pelo parto por cesariana situou-se nos 67,4% (Mandarino et al., 2009).

Pelos dados apurados em relação ao parto anterior, verificou-se que 78,2% das participantes referiu que não teve qualquer participação na escolha pela via do parto, ficando essa decisão para o profissional que assiste o parto.

Poderá considerar-se que o facto de o estudo ter sido desenvolvido num hospital público foi uma limitação deste estudo.

#### 4.2. Relação da idade com a preferência pela via do parto

Analisando a variável idade com a preferência pela via do parto verificou-se que a idade relaciona-se com a preferência pela via do parto ( $p = 0,021$ ). E da análise dos dados verifica-se que o grupo das mais novas tem menos preferência pela cesariana do que era esperado, enquanto no grupo das mais velhas verificou-se o contrário. A associação pela preferência pelo parto por cesariana e a idade materna avançada é descrita em diversos estudos (Carolan, Davey, Biro & Kealy, 2011; Chu et al., 2010; Kaczorowski & Lee, 2009; Smit, van Wijk, Gouw & Duvekot, 2012), embora as razões ainda não estejam totalmente clarificadas, crê-se que estejam associadas ao aumento dos riscos obstétricos. Este facto leva a que mulheres mais velhas sintam um medo adicional com o parto, aumentando a sua preocupação com o bem-estar do bebé e partilham a opinião de que o parto por cesariana é um modo mais seguro de parir e é menos traumática para o bebé (Kowalcek & Hainer, 2012, Torloni et al., 2013).

Yilmaz, Bal, Beji e Uludag (2013) consideram que os médicos influenciam as mulheres a preferir um parto por cesariana, visto que estes são mais intervencionistas e eles próprios sentem-se mais seguros para a realização de uma cesariana do que um parto vaginal (Martins-Costa & Ramos, 2005).

No entanto, num estudo realizado por Torloni et al. (2013) em Itália, verificou que 35% das participantes com menos de 25 anos tinham como preferência a cesariana como via do parto, contrapondo com as participantes com mais de 35 anos onde menos de 16% optariam por essa mesma via.

No entanto os fatores que influenciam a preferência pelo parto por cesariana quer nas mulheres mais velhas quer nas mais jovens, parecem ser as mesmas, como se verificou neste estudo, onde a dimensão PPB, atingiu médias mais altas nas três respostas de preferência. Talvez as mulheres percecionem a cesariana como um método mais seguro e menos traumático para o bebé, pelo que é fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente o EESMO clarifique esta ideia, introduzindo na fase pré-natal, o mais



precocemente possível, informações sobre os riscos e benefícios das diferentes formas de nascer.

### **4.3. Relação entre a via do parto e as habilitações literárias**

A análise estatística inferencial permite afirmar que a preferência pela via do parto é independente do nível educacional das grávidas ( $p=0,245$ ). Mas apesar de não ser significativo ao analisar-se a tabela de contingência, observou-se que com o aumento da escolaridade parecem ser maiores as percentagens de preferência pelo parto vaginal, enquanto em relação ao parto por cesariana parece haver uma tendência contrária, o que de certa forma corrobora os diversos estudos onde o nível de escolaridade mais baixo apresenta-se relacionado com a preferência pelo parto por cesariana (Iorra et al., 2011; Fuglenes et al., 2011; Torloni et al., 2013). Por exemplo, Torloni et al. (2013) verificou que a proporção de participantes com baixa escolaridade que preferiam cesariana era maior do que as que possuíam um nível mais elevado. Também Fuglenes et al. (2011) verificaram que a baixa escolaridade estava significativamente relacionada com a preferência pelo parto por cesariana. Em contraposição a estes achados, Kaczorowski e Lee (2009), Oliveira (2013), Pádua, Osis, Faúndes, Barbosa e Moraes Filho (2010), Yilmaz, et al. (2013) nos seus estudos verificaram que quanto maior o nível de escolaridade, maior a preferência pelo parto por cesariana.

Embora neste estudo não se tenha estabelecido uma associação entre o nível de escolaridade e a preferência pela via do parto, considera-se fundamental uma melhor compreensão desta variável, visto que pode ser crucial na forma como os profissionais de saúde transmitem informações sobre o processo de nascimento às grávidas.

### **4.4. Relação entre a via do parto e a frequência da preparação para o parto**

Não ficou estabelecida associação entre a preferência pela via do parto e a frequência de

preparação para o parto, o que pode ser talvez justificado pelo facto de apenas 28,7% da amostra em estudo é que realizou preparação para o parto, um número pouco significativo. A não adesão dos cursos de preparação para o parto por parte das participantes neste estudo, foi surpreendente. Sendo a frequência dos cursos um direito das grávidas legalmente estabelecido e está disponível no Hospital onde decorreu este estudo bem como em diversos Centros de Saúde que abrangem esta área geográfica, seria pertinente a realização de um estudo que tentasse perceber as razões da não adesão dos cursos de preparação para o parto por parte das grávidas que fazem a vigilância pré-natal no Serviço Nacional de Saúde.

Os cursos de preparação para o parto são mencionados em diversos estudos como promotores de esclarecimento das vantagens e desvantagens das diferentes formas de nascer (Chu et al.2010, Soto et al., 2006), sendo que a maioria destes cursos são ministrados pelo EESMO é necessário que este identifique qual a preferência pela via do parto, para que a sua capacidade de intervenção aumente, com o objetivo de diminuir a preferência pelo parto por cesariana em situações em que esta não tem indicação médica para a sua realização.

#### **4.5. Relação entre a preferência pela via do parto e existência de filhos e experiência de parto anterior**

Optou-se por analisar estas duas variáveis simultaneamente, já que estão as duas associadas, a existência de filhos pressupõe invariavelmente a vivência de um parto anterior. Relativamente à existência de filhos, verificou-se existir relação com a preferência pela via do parto com um nível de significância inferior a 0,05. Também a relação com a informação obtida pela experiência do parto anterior ficou estabelecida com um nível de significância de 0,003.

Pela análise de dados vê-se que nas duas variáveis encontra-se mais preferência pela cesariana do que era esperado.

Na diversa literatura consultada esta associação é estabelecida, nomeadamente entre

multíparas com cesariana anterior e naquelas que tiveram uma má experiência no parto anterior (Faisal-Cury & Menezes, 2006; Fuglenes et al., 2011; Mazzoni et al., 2010; Milhinhos et al., 2012; Oliveira, 2013, Torloni et al., 2013, Yilmaz et al, 2013).

Um parto anterior traumático está fortemente associado ao medo do parto e algumas mulheres chegam mesmo a manifestar sintomas de stresse pós traumático, ao evitarem um parto por via vaginal, este medo é de alguma forma suprimido (Nerum et al., 2006), o que justifica a sua preferência pela cesariana.

Faisal-Cury e Menezes (2006) observaram que 64,2% das grávidas com cesariana anterior pretendiam repetir o procedimento, enquanto apenas 9,8% com parto vaginal anterior afirmaram preferir nesta gravidez um parto por cesariana.

Pang et al. (2008), no seu estudo verificaram a existência de um número significativo de mulheres que muda a preferência pelo parto vaginal para a cesariana eletiva após o nascimento do primeiro filho. Os determinantes associados a essa mudança de preferência foram a realização de uma cesariana eletiva nessa gravidez, restrição de crescimento intrauterino, níveis de ansiedade elevados, medo do parto vaginal, entre outros. Assim estes mesmos autores concluem que ao reduzir-se o número de primeiras cesarianas, este vai refletir-se na redução global das taxas de cesariana.

No entanto num outro estudo verificou-se que probabilidade de opção pelo parto vaginal é maior em mulheres que já tiveram partos anteriores do que as que não tiveram nenhum parto (Torloni et al., 2013), assim como as mulheres que experienciaram um parto vaginal anterior, maioritariamente mantêm essa preferência.

Outro dado importante referido por Pádua et al. (2010) é que em hospitais onde existem mais parteiras, menos de um quarto dos partos eram cesarianas enquanto naqueles onde não existe parteira um terço são cesarianas. Assim como Yilmaz et al. (2013) confirma que a gravidez seguida pelo médico aumenta o risco de parto por cesariana.

Embora neste estudo não se tenha relacionado o tipo de parto anterior e a preferência pela via de parto nesta gravidez, constatou-se que de facto a existência de uma experiência de parto prévia influencia a preferência. Pelo que se propõe a realização de um estudo mais aprofundado sobre temática com o objetivo de identificar o grupo de “risco” para a

mudança de opinião de forma a poder-se delinear estratégias de educação e aconselhamento durante o período pré-natal.

#### **4.6. Relação entre o nível de informação e a preferência pela via do parto**

Relativamente a esta hipótese, verificou-se a associação entre estas duas variáveis ( $p=0,01$ ). Analisando os dados constatou-se que das participantes que se consideram muito informadas, estas tinham preferência pela cesariana mais do que era esperado e as que se consideravam razoavelmente informadas menos do que era esperado.

Leone, Padmadas e Matthews (2008), no seu estudo demonstraram a existência de evidência de que os serviços de saúde são fatores preditores do nascimento por cesariana, ou seja mulheres com melhor acesso aos serviços de saúde, usam-no com maior frequência traduzindo-se numa maior probabilidade de um parto por cesariana. Estes dados talvez possam justificar o porquê das mulheres que se consideram mais informadas tenham uma preferência pela cesariana maior do que era esperado, já que neste estudo houve participantes que fizeram a vigilância pré-natal nos três sítios, centro de saúde, hospital e médico particular.

Quando se analisou os dados relativamente à forma como essa informação era adquirida apenas se verificou uma associação significativa entre a informação adquirida através de livros e experiência do parto anterior. Para a informação adquirida através da internet, familiares, amigos e profissionais de saúde não se adquiriu uma associação estatisticamente significativa, contudo na bibliografia consultada, amigos e família são destacados como fontes importantes de informação (Dias et al., 2007; Liu et al., 2013; Munro et al., 2009).

A partilha de informação com outras mulheres que já tenham passado pela experiência de parto pode-se revelar fundamental para a sua decisão, já que ao falarem sobre o trabalho de parto e parto poderá prepara-las para um parto vaginal (Leone et al., 2008). No entanto não se poderá de deixar de ter em conta que muitas vezes esta partilha de experiências pode conter experiências muito positivas com a cesariana e experiências muito negativas com o parto vaginal, influenciando de igual forma a decisão pela via do parto (Munro et al., 2009).

Neste estudo os livros assumiram-se como um importante instrumento de informação sobre o parto e trabalho de parto. É fundamental que a grávida se dote de conhecimentos para consolidar a sua preferência pela via do parto que lhe permita uma participação ativa na tomada decisão.

Liu et al. (2013) verificou que a diferença mais significativa entre a fonte de informação das grávidas que usaram o sistema público e o não público era a relação entre estas e os profissionais de saúde. No setor público a relação que se estabelecia não era suficientemente forte que permitisse a colocação de dúvidas ou pedidos de informação, pelo que a decisão pela via do parto não era uma escolha da grávida mas sim médica, contrastando com as mulheres do setor não público que consigam estabelecer uma relação de confiança e proximidade permitindo-lhe assim tirar dúvidas e decidir qual a via de parto.

A percentagem de participantes que referiram não lhes ter sido permitido tirar dúvidas foi de 6,7%, uma percentagem mínima, contudo considera-se crucial o estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a mulher neste ciclo de vida.

#### **4.7. Relação entre as quatro dimensões da EFPVP e a preferência pela via do parto**

Relativamente a esta hipótese não ficou estabelecida a relação de nenhuma das dimensões e a preferência pela via do parto, já que se obteve em todas as dimensões um  $p > 0,05$ .

Mas curiosamente a dimensão PPB atingiu médias mais elevadas para as três opções de resposta (parto vaginal, cesariana e não tem preferência), sendo que a resposta com média superior é, **ser melhor para o meu bebé**. De facto, Yilmaz et al. (2013), também verificaram que tanto as mulheres que preferiam parto vaginal e as que preferiam cesariana evocaram a segurança para o bebé durante o processo de nascimento, um dos motivos da sua preferência. Ainda nesta dimensão outro item que obteve a segunda maior média foi **ter menos riscos e complicações**, o que demonstra que as grávidas tem presente uma preocupação constante com o seu estado de saúde no parto e pós-parto, o que vai de encontro aos achados de Pacheco, Figueiredo, Costa e Pais (2005), sendo no 3º trimestre de

gravidez que esta preocupação é mais acentuada. Pode-se ainda aferir que as mulheres não associam a cesariana a nenhum risco em especial para si ou para o seu bebé.

Outro item que apresentou uma média de resposta mais elevada foi o **poder pegar no bebé logo apos o nascimento** refletindo assim o desejo das participantes de estabelecerem de imediato contacto com o bebé e de terem a possibilidade de cuidar do bebé sem ajuda, confirmando assim os achados de Torloni et al. (2013), onde a resposta com maior taxa de concordância foi a necessidade emocional de estabelecer precocemente a relação com o bebé, isto nas participantes com preferência pelo parto vaginal. Pacheco et al. (2005) concluíram que no 3º trimestre, as grávidas consideram-se menos competentes nos cuidados ao bebé no entanto o desejo de envolvimento com o seu bebé é maior.

Perante estes resultados poderá afirmar-se que o objetivo principal das mulheres na preferência pela via do parto é ter um bebé saudável, sem sofrer intercorrências durante o parto e estar bem para poder cuidar do seu bebé, logo após o parto, o que vai de encontro aos estudos consultados (Benute et al, 2013; Yilmaz et al.,2013).

Analisando agora a dimensão ID, a média nas três opções de resposta, nesta dimensão foram muito semelhantes entre si, considerando assim que a dor tem o mesmo grau de importância para as mulheres independentemente da sua preferência.

A resposta que possui uma média mais elevada nesta dimensão é ter **menos dor no pós-parto**. Costa et al. (2003) no seu estudo verificaram que as mulheres que realizaram parto vaginal sentem mais dor durante o trabalho de parto e parto do que as que realizaram cesariana, mas no entanto esta situação inverte-se no pós-parto. O facto é que a dor, nomeadamente a dor sentida no pós-parto tem uma interferência negativa na qualidade do primeiro contato com o bebé (Costa et al., 2003). Estes dados podem explicar o porquê da resposta relacionada com a dor no pós-parto ter uma média mais alta dentro da dimensão ID, pode dever-se ao facto de haver uma consciencialização de que a dor no pós-parto poderá interferir na relação entre a mãe e o recém-nascido, e como já se constatou anteriormente, neste estudo a dimensão PPB assume especial importância neste grupo de mulheres.

No decorrer na pesquisa bibliográfica para a realização deste estudo, verificou-se que a dor e

o medo do parto são denominadores comuns, verificando-se que as mulheres demonstram alta prevalência de medo do parto e dor, estando estes fatores associados à preferência pela cesariana (Fuglenes et al., 2011; Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009; Torloni et al., 2013; Yilmaz et al., 2013), no entanto a analgesia epidural é uma prática comum nas maternidades o que contribuiu para a redução da dor durante o trabalho de parto e parto contribuindo assim para uma experiência significativamente mais positiva do parto vaginal (Costa et al., 2003).

Apesar da relação entre o medo da dor e a preferência não ter sido estatisticamente significativa não se deve menosprezar este fator, assim sendo considera-se que a identificação dos medos e a desmistificação do processo da dor poderá servir de fio condutor para a configuração de campanhas de esclarecimento sobre as vantagens das diferentes formas de nascer, permitindo uma experiência de parto mais gratificante.

As dimensões PSB e ITS foram as que obtiveram médias mais baixas de respostas para qualquer das opções de resposta.

Em relação à dimensão PSB as respostas que se apresentaram médias mais elevadas foram **recuperar mais rápido** e **ser mais natural e fisiológico**, o que é corroborado com diversos estudos consultados (Benute et al., 2013; Milhinhos et al., 2013), embora estes fatores sejam relatados maioritariamente pelas grávidas que têm como preferência o parto vaginal, onde a vivência de um processo natural e uma rápida recuperação são fatores determinantes na sua preferência (Mandarino et al., 2009; Milhinhos et al., 2013; Yilmaz et al., 2013).

Na dimensão ITS, onde estão presentes os itens que dizem respeito à influência técnica e social na preferência pela via do parto verificou-se que, os médicos foram a maior fonte de influência na opinião sobre a preferência pela via do parto para as participantes seguidas dos enfermeiros, embora as duas respostas obtiveram médias muito semelhantes (3,50 e 3,46, respetivamente). Este facto demonstra o papel importante que os profissionais de saúde representam no processo de escolha pela via do parto, influenciando a decisão das grávidas. Yilmaz et al. (2013) consideram que os médicos influenciam as mulheres a preferir um parto por cesariana, visto que estes são mais intervencionistas e eles próprios sentem-se mais seguros para a realização de uma cesariana do que um parto vaginal (Martins-Costa &

Ramos, 2005). Pelo que se torna fulcral a intervenção no EESMO, aquando da vigilância pré-natal promovendo o esclarecimento e o acompanhamento da grávida estabelecendo uma relação de confiança que favoreça o entendimento das influências socioculturais no processo de decisão pela escolha da via do parto, para que se possa intervir individualmente.

#### **4.8. Relação entre o tipo de parto realizado e a mudança de opinião**

Relativamente a estas duas variáveis, verificou-se que estas não se relacionam entre si. Apenas 12% das participantes neste estudo afirmaram que mudaram de opinião sobre a sua preferência, o que contrasta com os achados de Pang et al. (2008), onde concluíram que uma percentagem importante de mulheres muda a preferência pela via do parto após o nascimento do primeiro filho. No entanto, relembra-se o facto de que foram perdidas muitas respostas na segunda fase do questionário, não permitindo ter resultados credíveis.



## 5. CONCLUSÃO

Atingiu-se a fase final deste estudo. Pretende-se nesta fase apresentar as conclusões deste trabalho, reconhecendo as suas limitações por um lado e por outro reconhecer o seu contributo para a compreensão dos diferentes fatores que estão envolvidos na preferência pela via do parto, propõe-se também outras linhas de investigação que possam contribuir para o contínuo progresso da compreensão desta temática.

Este estudo focou a sua investigação na identificação dos fatores que influenciam a preferência pela via do parto, que para além das variáveis socio-demográficas e obstétricas testadas, foi construída uma escala representativa dos fatores, que se designou por EFPVP.

A EFPVP permite avaliar os vários aspetos relativos à preocupação com a saúde e bem-estar, preocupação com o parto e com o bebé, influência técnica e social e influência da dor na decisão pela via do parto, abrangendo um conjunto de 30 itens considerados relevantes para a compreensão desta temática, representados pelas quatro dimensões formadas aquando da sua validação, e tem como grande objetivo possibilitar um conhecimento mais aprofundado e abrangente desta problemática.

O indicador alpha de Cronbach revelou uma boa consistência interna nas quatro dimensões estudadas, o que permite concluir que a escala de fatores que influenciam a preferência pela via do parto permite avaliar de forma consistente as quatro dimensões que foram consideradas revelantes para a preferência pela via do parto.

Assim tendo em consideração os objetivos desta investigação e os seus achados, há a referir que:

- Existe uma clara preferência pelo parto vaginal em detrimento do parto por cesariana, o que é concordante com a diversa bibliografia consultada, essa preferência deve-se a fatores culturais, pessoais e sociais (Mazzoni et al., 2010), o que não explica o aumento exponencial das taxas de cesarianas que se tem vindo a assistir;

- Estabeleceu-se relação entre a idade materna avançada e a preferência pelo parto por cesariana, o que corrobora os achados de diversos estudos (Carolan et al., 2011; Chu et al., 2010; Kaczorowski & Lee, 2009; Smit, Gouw & Duvekot, 2012), supõe-se que esta preferência se baseia no facto de uma gravidez acima dos 35 anos de idade pressupor um risco obstétrico acrescido (Kowalcek & Hainer, 2012), tendo estas mulheres um maior acompanhamento médico.
- Relativamente à relação entre a via do parto e as habilitações literárias não foi encontrada relação entre estas duas variáveis, o que diverge dos achados de outros autores, embora se tenha verificado neste estudo que as mulheres com nível educacional mais elevado apresentam uma maior preferência pelo parto vaginal em relação ao parto por cesariana. No entanto, como descrito no capítulo anterior diferentes estudos apresentam diferentes conclusões, uns afirmam que a preferência pela cesariana está relacionada com a baixa escolaridade (Iorra et al., 2011; Fuglenes, et al., 2011; Torloni et al, 2013) outros seguem em direção oposta (Kaczorowski & Lee 2009; Oliveira, 2013; Pádua et al., 2010; Yilmaz et al.,2013), pelo que se aconselha a replicação desta hipótese num estudo mais abrangente que permita a generalização dos resultados;
- Tanto na literatura em análise como neste estudo foi estabelecida a relação entre a preferência entre a via de parto, a existência de filhos e a informação adquirida com a experiência de parto anterior. O facto é a existência de filhos é um fator determinante na preferência pela via de parto numa próxima gravidez, diversos estudos relatam existência de uma elevada recorrência da cesariana em múltiparas com um parto prévio por cesariana, o que se pode aferir que mulheres que já tenham realizado uma cesariana anterior, geralmente voltam a realizar uma cesariana numa próxima gravidez (Oliveira 2013; Yilmaz et al., 2013), influenciando desta forma as taxas de cesariana;
- Os resultados obtidos face à relação entre o nível de informação e a preferência pela via do parto vão de encontro aos estudos (Dias et al. 2008 Leone et al. 2008). Neste estudo verificou-se que as participantes, que se consideram razoavelmente informadas tem menos preferência pelo parto por cesariana do que era esperado. E a informação obtida através de livros revelou-se como a mais significativa. Na

bibliografia consultada revelou que das justificações das participantes sobre os fatores que poderiam ter influenciado a escolha da via do parto estavam: informações prévias sobre os tipos de parto, histórias familiares e a preferência do parceiro (Dias et al. 2008). Sendo que a informação sobre o tipo de parto pareceu favorecer a opção pelo parto vaginal. Assim conclui-se que o tipo de informação adquirida e a forma como o fazem influência a preferência pela via do parto;

- A escala de fatores que influenciam a via do parto não se revelou estatisticamente significativa em qualquer uma das suas dimensões. Mas verificou-se que a dimensão PPB com os itens ser melhor para o meu bebé e ter menos riscos e complicações, obteve a média mais alta, fatores estes que são também mencionados em estudos anteriormente realizados (Figueiredo et al.2010, Milhinhos et al., 2013). A dimensão ID obteve a segunda maior média neste estudo, confirmando assim que os fatores relacionados com a dor e o medo do parto têm um peso significativo na preferência pela via do parto. No entanto salienta-se o facto de ter sido observado neste estudo, que a dor no pós-parto é mais relevante para este grupo de participantes do que a dor durante o trabalho de parto e parto, reforçando assim a ideia de que a sua maior preocupação está na sua capacidade de cuidar do bebé após o parto. Assim como a preocupação com o bebé suplanta a dor que eventualmente poderão vir a sentir durante o trabalho de parto e parto.

Este estudo foi concebido como um estudo exploratório, com o objetivo de identificar quais os fatores que estão associados à preferência pela via do parto. Ao criar-se uma escala de fatores que influenciam a preferência pela via do parto, teve-se a “ambição” de fornecer um instrumento para ser utilizado em estudos futuros sobre esta temática.

Considera-se que este estudo teve duas grandes limitações (para além da inexperiência da investigadora). A primeira, o tamanho da amostra, agravado pelo facto de se ter perdido uma percentagem considerável da amostra na segunda fase da colheita de dados, por ser uma amostra pequena não foi possível realizar uma análise conclusiva sobre as dimensões associadas à preferência pela via do parto e as suas conclusões não são passíveis de ser extrapoladas para toda a população. A segunda limitação prendeu-se com o facto de ser um

estudo circunscrito às mulheres atendidas no setor público, podendo ter existido condicionamento das respostas acerca da preferência pela via do parto.

Mas mesmo com estas limitações, considera-se que o estudo traz contribuições significativas para a compreensão deste tema, permitindo preparar melhor a educação para a saúde a ser realizada durante o acompanhamento pré-natal e aponta claramente para a necessidade de realização de estudos com maior abrangência em Portugal.

Em estudos futuros é necessário a replicação da análise da preferência com os fatores que a influenciam, para se conseguir a confirmação ou a infirmação da relação das dimensões da escala com a preferência, pelo que se propõe que estudos futuros sejam desenvolvidos, sugerindo-se áreas como:

- A comparação entre os fatores que influenciam a preferência pela via de parto entre grávidas atendidas no setor público e no setor privado;
- A influência de intervenções de natureza educacional nas consultas de vigilância pré-natal na preferência pela via do parto;
- A relação entre a tomada de decisão da grávida pela via do parto e a satisfação com o parto, que apesar de inicialmente ter sido pensada para este estudo não foi possível concretizar pela diminuta amostra na segunda fase deste estudo.

Em suma, concluiu-se que a maioria das mulheres tem preferência pelo parto vaginal e diversos fatores interferem na sua decisão. É fundamental que os profissionais de saúde nomeadamente o EESMO, avance para intervenções e atitudes que permitam um apoio mais sistematizado e dirigido às grávidas. Salienta-se o contributo deste estudo para a importância do papel do EESMO enquanto educador para a saúde, evidenciando que a intervenção precoce sobre os fatores determinantes da preferência pela via do parto, poderá ser fundamental na mudança de opinião. Estratégias como dar informação acerca das vantagens do parto vaginal enfatizando a sua importância, numa fase precoce da gravidez, assim como promover a verbalização dos seus medos e inseguranças, podem revelar-se cruciais, no entanto é necessário ter uma certa precaução na forma como esta informação é transmitida, pois o que se pretende é que as mulheres tomem a decisão por si

mesmas, uma decisão segura, consciente e fundamentada. Assim, estará a devolver-se o protagonismo do parto às mulheres, contribuindo desta forma para o parto humanizado.

Espera-se ter contribuído de forma relevante para a construção do agir em enfermagem, enfatizando o papel do enfermeiro especialista no acompanhamento pré-natal da mulher grávida, ressaltando o seu dever social. Assim como se espera ter contribuído significativamente para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade dos cuidados enfermagem, traduzindo-se em ganhos de saúde.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde Norte. (2011). *Evolução das taxas de cesarianas 2005-2011*. Recuperado em 3 dez., 2013, de <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Not%C3%ADcias/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20Taxa%20de%20Cesariana%20%E2%80%93%202005-2011>.
- Almeida, C.M.T., Rodrigues, V.M.C.P. & Escola, J.J.J. (2013). A representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde-construção e validação de uma escala. *Rev.Latino-Am.Enfermagem*, 21 (Spec), 9 telas. Recuperado em 10 abr., 2013 de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_05.pdf)
- Associação Portuguesa de Bioética. (2008). *Parecer n.º P/12/APB/08: Parecer sobre a escolha pela via do parto*. Porto: Autor.
- Atout, M.M. (2012). Non-medical factors affect caesarean section rates among developing countries. *Canadian Journal on Scientific and Industrial Research*, 3 (4), 179-183.
- Barreto, M.R.N. (2007). A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. *Género (Niterói)*, 7 (2), 219-236.
- Barreto, M.R.N. (2011). Ciência, educação e circulação do saber médico nos manuais de obstetrícia. In *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH*. São Paulo. Recuperado em 3 dez., 2013, de [http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300670092\\_ARQUIVO\\_TextoAnpuh2011.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300670092_ARQUIVO_TextoAnpuh2011.pdf).
- Benute, G.R.G., Nomura, R.Y., Santos, A.M., Zarvos, M.A., Lucia, M.C.S., & Francisco, R.P.V. (2013). Preferência pela via de parto: Uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35 (6), 281-285.
- Bittencourt, F., Vieira, J. & Almeida, A. (2013). Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. *Cogitare Enfermagem*, 18 (3), 515-520.
- Blunch N. (2008). *Introduction to structural equation modelling using SPSS and AMOS*. London: Sage.
- Bodner, K., Wierrani, F., Grunberger, W., & Bodner-Adler, B. (2011). Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: A comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch Gynecology Obstetrics*, 283 (6), 1193-1198.
- Bonfante, T.M., Silveira, G.C., Sakae, T.M., Sammacel, L.F., & Fedrizzi, E.N. (2009). Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre púerperas de instituição pública e privada. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 38 (1), 26-32.
- Brazão, R. (2010). Analgesia e anestesia no parto. In L.M. Graça, *Medicina materno-fetal* (4a ed., pp. 356-364). Lisboa: Lidel.

- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analyses for applied research*. New York: The Guilford Press.
- Campos, D.A., Furtado, J.M., Crisóstomo, M.R., Carrapato, R., Cunha, E., & Conceição, M.F. (2010). *Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região norte de Portugal*. Lisboa: Ministério da saúde.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carneiro, M. (2008). *Ajudar a nascer: Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (Século XV-1974)*. Porto: Editora da Universidade do Porto.
- Carolan, M., Davey, M.A., Biro, M.A., & Kealy, M. (2011). Older maternal age and intervention in labor: A population-based study comparing older and younger first-time mothers in Victoria, Australia. *Birth, 38* (1), 24-29.
- Chu, K., Tai, C., Hsu, C., Yeh, M., & Chien, L. (2010). Women's preference for cesarean delivery and differences between Taiwanese women undergoing different modes delivery. *BMC Health Services Research, 10* (138), 1-9.
- Comunicado de Imprensa do Hospital de São João. (2008). Recuperado em 6 jan., 2014, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/30CB3D9C-CE15-4A18-84C8-9A25A416B340/0/ComunicadodeimprensadoHospitaldeSJ.pdf>.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2010). *CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Jurisdicional da Ordem do Enfermeiros. (2008). *Decisão livre da mulher grávida para a realização de cesariana em substituição de um provável parto eutócico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Consoni, E.B., Calderon, I.M., Consonni, M., De Conti, M.H., Prevedel, T.T., & Rudge, M.V. (2010). Multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health, 29* (7), 28.
- Corbett, R.W. (2008). Cuidados de enfermagem durante a gravidez. In D. Lowdermilk & S. Perry, *Enfermagem na maternidade* (7a ed., cap. 9, pp. 245-303). Lisboa: Lusodidacta.
- Correia, R. (2011). O desafio da humanização do parto em Portugal: Questões essenciais na actualidade. *E-cadernos CEC, 11*, 105-107.
- Costa, R.A., Figueiredo, B., Pacheco, A.P., & Pais, A. (2003). Tipo de parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia, 6* (26), 256-306.
- Dias, M.A.B., Domingues, R.M.S.M., Pereira, A.P.E., Fonseca, S.C., Gama, S.G.N., Theme Filha, M.M., Bittencourt, S.D.A., Rocha, P.M.M., Schilithz, A.O.C., & Leal, M.C. (2008). Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: Estudo de caso em duas



- unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (5), 1521-1534.
- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. (1993). *Vigilância pré-natal e revisão do puerpério*. Lisboa: Autor.
- Enkin, M., Keirse, M.J.N.C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, J. (2005). *Guia para a atenção efectiva na gravidez e parto* (3a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P.R. (2006). Fatores associados à preferência por cesariana. *Revista Saúde Pública*, 40 (2), 226-232.
- Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J. Creedy, D.K., & Bayes, S. (2008). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26 (4), 394-400.
- Figueiredo, N.S.V., Barbosa, M.C.A., Silva, T.A.S., Passarini, T.M., Lana, B.N., & Barreto, J. (2010). Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista*, Juiz de Fora, 36 (4), 296-306.
- Fortin, M.-F. (2009). Métodos de amostragem. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5a ed., cap. 15, pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., & Nadeau, M. (2009). A medida em investigação. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5a ed., cap. 16, pp. 215-235). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côte, J., & Vissandjée, B. (2009a). A investigação científica. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5a ed., cap. 1, pp. 15-23). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côte, J., & Vissandjée, B. (2009b). As etapas do processo de investigação. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5a ed., cap. 3, pp. 35-43). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2009). Métodos de colheita de dados. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5a ed., cap. 17, pp. 239-264). Loures: Lusociência.
- Frias, A. (2011). *Preparação psicoprofiláctica e a percepção da experiência do nascimento*. Repositório da universidade de Évora. Recuperado em 26 nov., 2013, de <http://hdl.handle.net/10174/4599>.
- Fuglenes, D., Aas, E., Botten, G., Oian, P., & Kristiansen, I.S. (2011). Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol*, 205 (1), 45.e1-45.e9.

- Gayeski, M.E., & Brüggemann, O.M. (2010). Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto: Uma revisão sistemática. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19 (4), 774-782.
- Graça, L.M. (2010). Cesariana. In L.M. Graça, *Medicina materno-fetal* (4a ed.,cap.64, pp. 689-695). Lisboa: Lidel.
- Graça, L.M., & Clode, N. (2010). Ventosa obstétrica. In L.M. Graça, *Medicina materno-fetal* (4a ed.,cap. 63, pp. 684-688). Lisboa: Lidel.
- Grilli, R., Ramsay, C., & Minozzi, S. (2002). Mass media interventions: Effects on health services utilisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. Art. No.: CD000389.
- Haines H., Rubertsson C., Pallant J.F. & Hildingsson I. (2012). Womens' attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: a comparison of a Swedish and an Australian sample in mid-pregnancy. *Midwifery*, 28(6), 850-856
- Hair, J.F. Jr., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2006). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Educational.
- Handelzalts, J.E., Fisher, S., Lurie, S., Shalev, A., Sadan, O., & Golan, A. (2011). Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91 (1), 16-21.
- Henson, R.K., & Roberts, J.K. (2006). Use of exploratory factor analysis in published research: Common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological Measurement*, 66 (3), 393-416.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). Partos por cesariana efetuados nos hospitais. Recuperado em 30 nov., 2013, de <http://www.ine.pt>.
- Iorra, M.R.K., Namba, A., Spillerre, R.G., Nader, S.S., & Nader, P.J.H. (2011). Aspectos relacionados à preferência pela via de parto. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 55 (3) 260-268.
- Kaczorowski, J., & Lee, L. (2009). Type of birth. In *What mothers say: The Canadian Maternity Experiences Survey* (Chap. 18, pp. 119-123). Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Khunpradit, S., Tavender, E., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Wasiak, J., & Gruen, R.L. (2011). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. Recuperado em 30 jan., 2014, de <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD005528.pdf>.
- Kornelsen, J., Hutton, E., & Munro, S. (2010). Influences on decision making among primiparous womem choosing elective caesarean section in the absence of medical indications: Findings from a qualitative investigation. *J Obstet Gynaecol Can.*, 32 (10), 962-969.

- Kowalcek, I., & Hainer, F. (2012). Is there a relation between maternal age and preferred mode of delivery? *J Clin Gynecol Obstet.*, 1 (1), 4-9.
- Lavender, T., Hofmeyr, G.J., Neilson, J.P., Kingdon, C. & Gyte, G.M.L. (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Recuperado em 11 dez., 2013, de <http://clock.uclan.ac.uk/4111/7/Kingdon%20C%20%282012%29%20Cochrane%20Database%20of%20Systematic%20Reviews.pdf>.
- Leone, T., Padmadas, S.S., & Matthews, Z. (2008). Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: Na analysis of six countries. *Social Science & Medicine*, 67 (8), 1236-1246.
- Leveno, K.J., Cunningham, F., Gant, N., Alexander, J., Bloom, S., Casey, B., Dashe, J., Sheffield, J., & Yost, N. (2003). Cesariana. In *Manual de obstetrícia de Williams* (21 a. ed., pp. 224-258). Porto Alegre: Artmed.
- Liu, N.H., Mazzoni, A., Zamberlin, N., Colomar, M., Chang, O.H., Arnaud, L., Althabe, F., & Belizán, J.M. (2013). Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: A qualitative study. *Reproductive Health*, 10 (1), 2.
- Liu, S., Liston, R.M., Liston, Joseph, K.S., Heaman, M., Sauve, R., & Kramer, M.S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned delivery at term. *CMAJ*, 176 (4), 455-460.
- Lowdermilk, D. (2008a). Trabalho de parto e parto de risco. In D. Lowdermilk & S. Perry, *Enfermagem na maternidade* (7a ed., cap. 24, pp. 808-860). Lisboa: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. (2008b). Controlo do desconforto. In D. Lowdermilk & S. Perry. *Enfermagem na maternidade* (7a ed., cap.12, pp. 355-387). Lisboa: Lusodidacta.
- Machado, M.H. (2010). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L.M. Graça, *Medicina materno-fetal* (4a ed., cap. 29, pp. 320-338). Lisboa: Lidel.
- Mandarino, N.R., Chein, M.B.C., Monteiro Júnior, F.C, Brito, L.M.O., Lamy, Z.C., Nina, V.J.S., Mochel, E.G., & Figueiredo Neto, J.A. (2009). Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25 (7), 1587-1596.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martinez, L.F., & Ferreira, A.I. (2007). *Análise de dados com o SPSS*. Lisboa: Escolar Editora.
- Martins-Costa, S., & Ramos, J.G.L. (2005). A questão das cesarianas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27 (10), 571-574.

- Mazzoni, A., Althabe, F., Liu, N.H., Bonniti, A.M., Gibbons, L., Sánchez, A.J., & Belizán, J.M. (2011). Women's preference for a cesarian section: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*, 118 (4), 391-399.
- Melchiori, L.E., Maia, A.C.B., Bredariolli, R.N., & Hory, R.I. (2009). Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. *Interação em Psicologia*, 13 (1), 13-23.
- Midirs. (2007). *The use of water during childbirth*. Recuperado em 5 jan., 2014, de <http://www.waterbirth.org/assets/documents/MIDIRS%20Waterbirth.pdf>.
- Milhinhos, C., Lavaredas, A., & Clode, N., (2012). A preferência da via de parto numa população de grávidas. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 6 (4), 167-171.
- Minayo, M.C.S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.
- Minuzzi, A., & Rezende, C.L. (2013). Fatores de influência na escolha da via de parto: Uma revisão de literatura. *Uningá Review*, 14 (1), 37-48.
- Munro, S., Kornelsen, M.A., & Hutton, E. (2009). Decision making in Patient-initiated elective cesarean delivery: The influence of birth stories. *J Midwifery Womens Health*, 54 (5), 373-379.
- National Institute of Health. (2006). *NIH-Conference Statement on Cesarean Delivery on Maternal Request*. *NIH Consens Sci Statements*, 23 (1), 1-29.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sorlie, T., & Oian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*, 33 (3), 221-228.
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E.L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section: A cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88 (7), 807-813.
- Odent, M. (2005). *A Cesariana-operação de salvamento ou indústria do nascimento?* Lisboa: Miosótis.
- Oliva, C.M.P.S. (2010). *Cesariana versus parto vaginal: Como nascer?* Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Oliveira, A.R. (2013). Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: Um estudo caso-controlo. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29 (3), 151-159.
- Olsen, O., & Clausen, J.A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, Art. No.: CD000352.
- Ordem do Enfermeiros. (2012). *Informação/Recomendações à grávida/casal quando desejam um parto no domicílio*. Lisboa: Autor.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Ordem dos enfermeiros dá contributos para reduzir a taxa de cesarianas. Recuperado em 8 abr., 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/OrdemdosEnfermeirosd%C3%A1contributosparareduzirtaxadecesarianas.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projeto maternidade com qualidade*. Recuperado em 5 dez., de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2012). *Health care resources: OCDE Health Statistics (database)*. Recuperado em 5 dez., 2013, de <http://dx.doi.org/10.1787/caesar-section-table-2012-2-en>.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2013). Caesarean sections, in *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Recuperado em 5 dez., 2013, de [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-39-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-39-en).
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de psicossomática*, 7 (1), 7-41.
- Pádua, K.S., Osis, M.J.D., Faúndes, A., Barbosa, A.H., & Moraes Filho, O.B. (2010). Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 44 (1), 70-79.
- Pang, M.W., Leung, T.N, Lau, T.K., & Hang Chung, T.K. (2008). Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: Follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*, 35 (2), 121-128.
- Pasquali, L. (1999). Testes referentes a constructo: Teoria e modelo de construção. In L Pasquali, *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração* (Cap. 3). Brasília: LABPAM/IBAPP.
- Pereira, J.D., Silva, A.K.B., & Carvalho Júnior, J.V. (2011). Natural childbirth x cesarean sections: Choice or necessity?. *Journal of Nursing UFPE on line*, 5 (4), 1000-1006. Recuperado em 22 jun. 2013, de [www.revista.ufpe.br](http://www.revista.ufpe.br) Home > Vol 5, No 4 (2011) > Pereira.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J.C. & Marques, R. (2012). *Documento de consenso "Pelo direito ao parto norma I- uma visão partilhada"*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pires, D., Fertoni, H.P., Conill, E.M., Matos, T.A., Cordova, F.P, & Mazur, C.S. (2010). Influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar socio-antropológico na saúde suplementar brasileira. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*, 10 (2), 191-197.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Investigacion científica en ciencias de la salud* (5a ed.). Mexico: McGraw-Hill.
- Pontes, M.G.A., & Lima, G.M.B. (2012). Arte de partejar: Quem protagoniza a cena? *Revista Ciência e Saúde*, 10 (2), 34-46.
- PORDATA. (2013). *Cesarianas nos hospitais*. Recuperado em 30 de nov., 2013, de [http://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](http://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985).
- Portal da Saúde. (2008). Partos com água em Setubal. Recuperado em 5 jan., 2014, de <http://www.min.saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/10/partos+agua.htm>.
- Preacher, K.J., & MacCallum, R.C. (2003). Repairing Tom Swift's electric factor analysis machine. *Understanding Statistics*, 2 (1), 13-32.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L.V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rezende, J. (2002). *Obstetrícia* (9a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ronconi, A.P.L., Perdichizzi, F.S., Pires, O.C., Constantino, E., Lopes, V.R., & Posso, I.P. (2010). Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: Visão da parturiente e do obstetra. *Revista Dor*, 11 (4) 277-281.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, & Royal College of Midwives. (2006). *Joint Statement no 1: Immersion in water during labour and birth*. Recuperado em 5 jan., 2014, de [http://www.waterbirth.org/assets/documents/rcog\\_rcm\\_birth\\_in\\_water.pdf](http://www.waterbirth.org/assets/documents/rcog_rcm_birth_in_water.pdf).
- Sabatino, H., & Sabatino, V. (2004). Resgate das formas de nascer. *Saraó (UNICAMP)*, 2 (4), Recuperado em 11 jan., 2014, de <http://www.centrodememoria.unicamp.br/sarao/revista16/PDF>
- Santos, E., Matias, J., & Silva, M. (2010). Significado dado à humanização do parto pela equipa de enfermagem do bloco de partos do HGO-EPE. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 11, 56-61.

- Silva, H.M., Ribeiro, C.D., & Costa, A.R. (2011). Acompanhamento de gestantes: Nível de informação e influências de familiares, amigos e da mídia para a decisão do tipo de parto. *Conexão Ciência (online)*, 6 (1). Recuperado em 12 jul., 2012, de <http://periodicos.uniformg.edu.br:21011/periodicos/index.php/.../article/>.
- Siqueira, R., Martins, R. & Peixoto, H. (2012). Opiniões de estudantes de enfermagem sobre preferências pela via do parto. *Revista enfermagem UFPE on line*, 6 (1), 69-75.
- Smit, F., van Wijk, H., Gouw, C., & Duvekot, H., (2012). Relationship between advanced maternal age and the mode of delivery: A systematic review. *Erasmus Journal of Medicine*, 3 (1), 34-37.
- Soto, L., Teuber, H., Cabrera, C., Marín, M., Cabrera, J., Costa, M. & Aranedo, H. (2006). Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 71 (2), 98-103.
- Souza, T.G., Gaíva, M.A., & Modes, P.S. (2011). The humanization of birth: How health professionals working in delivery care perceive it. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 32 (3), 479-486.
- Torloni, M.R., Betrán, A.P., Montilla, P., Scolaro, E., Seuc, A., Mazzone, A., Althabe, F., Merzagora, F., Donzelli, G.P., & Merialdi, M. (2013). Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13 (78), 1-8.
- Tournaire, M., & Theau-Yonneau, A. (2007). Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evid Based Complement Alternat Med*, 4 (4), 409-417.
- Visco, A.G., Viswanathan, M., Lohr, K.N., Wechter, M.E., Gartlehner, G., Wu, J.M., Palmieri, R., Funk, M.J., Lux, L., Swinson, T., & Hartmann, K. (2006). Cesarean delivery on maternal request: Maternal and neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 108 (6), 1517-1529.
- Volpe, F.M. (2011). Correlation of cesarean rates to maternal and infant mortality rates: An ecologic study of official international data. *Revista Panam Salud Publica*, 29 (5), 303-308.
- World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 24 (2), 436-437.
- World Health Organization. (2002). Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Geneva: Author.
- Worthington, R.W., & Whittaker, T.A. (2006). Using exploratory and confirmatory factor analysis in scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34 (6), 806-838.

Yilmaz, S.D., Bal, M.D., Beji, N.K., & Uludag, S. (2013). Women's preference of method of delivery and influencing factors. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15 (8), 683-689.

Zanetti-Dällenbach, R., Lapaire, O., Maertens, A., Holzgreve, W., & Hösli, I. (2006). Water birth, more than a trendy alternative: A prospective, observational study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 274 (6), 355-365.

Zugaib, M. (2008). *Zugaib obstetrícia*. Barueri, SP: Manole.



# **ANEXOS**



## **Anexo A**

Questionário



## PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Qual a sua idade?  Anos

2. Qual a sua Nacionalidade? \_\_\_\_\_

3. Qual a idade do seu companheiro/cônjuge?  anos

4. Qual o seu estado civil?

a) Solteira  b) Casada  c) União de facto  d) Divorciada  e) Viúva

5. Qual o seu local de residência?

a) Aldeia  b) Vila  c) Cidade

6.1. Quais são as suas habilitações literárias?

- a) 1º ciclo ( 1º ano ao 4º ano)   
b) 2º ciclo ( 5ºano ao 6ºano)   
c) 3º ciclo ( 7ºano ao 9ºano)   
d) Secundário (9ºano ao 12º)   
f) Ensino Superior

6.2. Quais as habilitações literárias do seu companheiro/cônjuge?

- a) 1º ciclo ( 1º ano ao 4º ano)   
b) 2º ciclo ( 5ºano ao 6ºano)   
c) 3º ciclo ( 7ºano ao 9ºano)   
d) Secundário (9ºano ao 12º)   
f) Ensino Superior

7. Qual a sua profissão atual? \_\_\_\_\_

8. Qual a profissão atual do seu companheiro/cônjuge? \_\_\_\_\_

9. Qual a sua situação profissional atual?

a) Empregada  b) Desempregada

10. Tem internet em casa? a) Sim  b) Não

## PARTE II – VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

11. Esta gravidez foi planeada? a) Sim  b) Não

12. Quantas consultas de vigilância realizou até agora? \_\_\_\_\_

13. Onde realizou as consultas de vigilância? (assinale as opções válidas)

a) Centro de saúde  b) Médico particular  c) Hospital/consulta externa

d) Outro.  Qual? \_\_\_\_\_

14. Pretende ter o seu bebé neste hospital? a) Sim  b) Não

14.1. Porquê?

15. Antes de engravidar tinha algum problema de saúde? a) Sim  Não

15.1. Se Sim qual? \_\_\_\_\_

16. Durante a gravidez teve/tem algum problema de saúde? a) Sim  Não

16.1. Se Sim qual?

- |                      |                          |                          |                          |                     |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| a) Diabetes          | <input type="checkbox"/> | b) Vômitos abundantes    | <input type="checkbox"/> | c) Hipertensão      | <input type="checkbox"/> |
| d) Infecção urinária | <input type="checkbox"/> | e) Ameaça de abortamento | <input type="checkbox"/> | f) Infecção vaginal | <input type="checkbox"/> |
| g) Toxoplasmose      | <input type="checkbox"/> | h) Hepatite              | <input type="checkbox"/> | i) Rubéola          | <input type="checkbox"/> |
| j) Outro.            | <input type="checkbox"/> | Qual? _____              |                          |                     |                          |

17. Toma algum medicamento?

a) Sim  b) Não

17.1. Se sim qual (ou quais)? \_\_\_\_\_

18. Durante a vigilância da gravidez teve consulta de enfermagem?

a) Nunca  b) Às vezes  c) Sempre

19. Considera-se informada sobre o trabalho de parto e parto?

a) Muito informada  b) Razoavelmente informada   
c) Pouco informada  d) Nada informada

20. Como se informou? (assinale as opções que considera válidas)

a) Livros  b) Internet  c) Revistas   
d) Familiares  e) Amigos  f) Profissionais de saúde   
e) Experiência adquirida com o parto anterior

21. Relativamente às informações dadas sobre o trabalho de parto e parto nas consultas de vigilância, estas eram dadas na maioria das vezes por:

a) Médico  b) Enfermeiro  c) Por ambos

22. Foi-lhe permitido colocar dúvidas durante as consultas de vigilância da gravidez?

a) Sim  b) Não

23. Fez ou está a fazer preparação para a parentalidade e parto?

a) Sim  b) Não

24. Se respondeu sim à pergunta anterior, onde está a fazer a preparação para a parentalidade e parto?

a) Maternidade/Hospital  b) Clínica Privada  c) Centro de saúde

### III – VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

1. De quanto tempo está grávida?  Semanas

2. Quantas vezes esteve grávida (incluindo esta gravidez)?  n° de vezes.

3. Quantos filhos tem?  Filhos

4. Preencha o seguinte quadro relativamente a gravidezes anteriores e filhos

	1º Filho	2ºFilho	3ºFilho	4ºFilho
4.1 Idade do filho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2. Tipo de parto?	a) Normal <input type="checkbox"/>	a)Normal <input type="checkbox"/>	a)Normal <input type="checkbox"/>	a)Normal <input type="checkbox"/>
	b)Fórceps <input type="checkbox"/>	b)Fórceps <input type="checkbox"/>	b)Fórceps <input type="checkbox"/>	b)Fórceps <input type="checkbox"/>
	c)Ventosa <input type="checkbox"/>	c)Ventosa <input type="checkbox"/>	c)Ventosa <input type="checkbox"/>	c)Ventosa <input type="checkbox"/>
	d)Cesariana <input type="checkbox"/>	d)Cesariana <input type="checkbox"/>	d)Cesariana <input type="checkbox"/>	d)Cesariana <input type="checkbox"/>
4.3. Realizou analgesia?	a) Sim <input type="checkbox"/>	a)Sim <input type="checkbox"/>	a)Sim <input type="checkbox"/>	a)Sim <input type="checkbox"/>
	b)Não <input type="checkbox"/>	b)Não <input type="checkbox"/>	b)Não <input type="checkbox"/>	b)Não <input type="checkbox"/>
4.4. Local de nascimento?	a)Hospital público <input type="checkbox"/>	a)Hospital público <input type="checkbox"/>	a)Hospital público <input type="checkbox"/>	a)Hospital público <input type="checkbox"/>
	b)Hospital privado <input type="checkbox"/>	b)Hospital privado <input type="checkbox"/>	b)Hospital privado <input type="checkbox"/>	b)Hospital privado <input type="checkbox"/>
4.5 Gravidez planeada?	a)Sim <input type="checkbox"/>	a)Sim <input type="checkbox"/>	a)Sim <input type="checkbox"/>	a)Sim <input type="checkbox"/>
	b)Não <input type="checkbox"/>	b)Não <input type="checkbox"/>	b)Não <input type="checkbox"/>	b)Não <input type="checkbox"/>
4.6 Participou na escolha do tipo de parto?	a) Sim <input type="checkbox"/>	a) Sim <input type="checkbox"/>	a) Sim <input type="checkbox"/>	a) Sim <input type="checkbox"/>
	b) Não <input type="checkbox"/>	b) Não <input type="checkbox"/>	b) Não <input type="checkbox"/>	b) Não <input type="checkbox"/>
4.7. Foi apenas decisão médica?	a)Sim <input type="checkbox"/>	a) Sim <input type="checkbox"/>	a) Sim <input type="checkbox"/>	a) Sim <input type="checkbox"/>
	b)Não <input type="checkbox"/>	b) Não <input type="checkbox"/>	b) Não <input type="checkbox"/>	b) Não <input type="checkbox"/>
4.8. Como considera a experiência do parto?	a)Muito agradável <input type="checkbox"/>	a)Muito agradável <input type="checkbox"/>	a)Muito agradável <input type="checkbox"/>	a)Muito agradável <input type="checkbox"/>
	b)Agradável <input type="checkbox"/>	b)Agradável <input type="checkbox"/>	b)Agradável <input type="checkbox"/>	b)Agradável <input type="checkbox"/>
	c)Desagradável <input type="checkbox"/>	c)Desagradável <input type="checkbox"/>	c)Desagradável <input type="checkbox"/>	c)Desagradável <input type="checkbox"/>
	d)Muito desagradável <input type="checkbox"/>	d)Muito desagradável <input type="checkbox"/>	d)Muito desagradável <input type="checkbox"/>	d)Muito desagradável <input type="checkbox"/>

#### IV – OPINIÃO SOBRE O PARTO

1. Qual a sua preferência em relação à via do parto?

a) Parto vaginal  b) Cesariana  Não tem preferência

2. Se a sua preferência é parto vaginal, quer fazer analgesia epidural?

a) Sim  b) Não

3. Tendo em conta a sua preferência pela via do parto: classifique o grau de importância de cada uma das afirmações na formação da sua preferência (coloque um círculo à volta do número que melhor descreve o seu caso, não existem respostas ou erradas, apenas a sua opinião é importante).

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
3.1 Ter menos dor durante o trabalho de parto	1	2	3	4
3.2 Ter menos dor durante o parto	1	2	3	4
3.3 Ter menos dor no pós-parto	1	2	3	4
3.4 Recuperar mais rápido	1	2	3	4
3.5 Ter a possibilidade de fazer o primeiro levante mais cedo	1	2	3	4
3.6 Ser mais natural/fisiológico	1	2	3	4
3.7 Não interferir na estética do órgão sexual/genital	1	2	3	4
3.8 Não interferir na vida sexual	1	2	3	4
3.9 Ter a possibilidade de ter alta hospitalar mais cedo	1	2	3	4
3.10 Frequentar a preparação para a parentalidade e parto	1	2	3	4



	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
3.11 Ser melhor para mim	1	2	3	4
3.12 Ser melhor para o meu bebé	1	2	3	4
3.13 Ter menos riscos de complicações	1	2	3	4
3.14 Ter menor intervenção médica/técnica	1	2	3	4
3.15 Ter a possibilidade de realizar laqueação de trompas	1	2	3	4
3.16 Existir a possibilidade de ter que fazer episiotomia (corte vaginal)	1	2	3	4
3.17 Ter medo de sentir dor	1	2	3	4
3.18 Ter receio de perder o controlo durante o parto	1	2	3	4
3.19 Promover o sentimento de autossatisfação	1	2	3	4
3.20 Poder participar mais ativamente no nascimento do bebé	1	2	3	4
3.21 Poder pegar no bebé logo após o nascimento	1	2	3	4
3.22 Poder ter alguém importante ao lado durante o parto	1	2	3	4
3.23 Poder sentir maior autorrealização e capacitação	1	2	3	4
3.24 Proporcionar mais calma e tranquilidade	1	2	3	4
3.25 Ter a possibilidade de cuidar do bebé sem ajuda	1	2	3	4
3.26 Poder marcar a data e a hora do parto	1	2	3	4
3.27 É tradição familiar	1	2	3	4
3.28 A decisão do companheiro	1	2	3	4
3.29 Seguir o conselho das amigas	1	2	3	4
3.30 Ter conhecimento de más experiências	1	2	3	4
3.31 Ter experiência anterior muito positiva	1	2	3	4
3.32 Ter em consideração a opinião do médico	1	2	3	4
3.33 Ter em consideração a opinião do enfermeiro	1	2	3	4

## II PARTE

(Para preencher após o parto)

### V- PÓS PARTO

1. Que tipo de parto realizou?

- a) Parto vaginal     b) Com analgesia     c) Sem analgesia   
d) Ventosa     e) Forceps   
f) Cesariana

2. Se realizou cesariana, sabe o motivo?

Sim  Qual? \_\_\_\_\_

Não

3. Na próxima gravidez mantém a sua opinião sobre o tipo de parto que prefere?

Sim     Não

## **Anexo B**

Variância total explicada



<b>Variância total explicada</b>									
Componentes	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variação	% cumulativa	Total	% de variação	% cumulativa	Total	% de variação	% cumulativa
1	8,438	25,570	25,570	8,438	25,570	25,570	3,968	12,024	12,024
2	3,017	9,141	34,712	3,017	9,141	34,712	3,726	11,291	23,315
3	2,731	8,275	42,987	2,731	8,275	42,987	3,115	9,438	32,753
4	2,034	6,164	49,151	2,034	6,164	49,151	2,832	8,582	41,335
5	1,597	4,841	53,991	1,597	4,841	53,991	2,223	6,736	48,071
6	1,363	4,130	58,122	1,363	4,130	58,122	2,115	6,410	54,481
7	1,208	3,660	61,782	1,208	3,660	61,782	1,736	5,260	59,741
8	1,108	3,358	65,140	1,108	3,358	65,140	1,578	4,781	64,523
9	1,069	3,240	68,380	1,069	3,240	68,380	1,273	3,857	68,380
10	,917	2,778	71,157						
11	,819	2,483	73,640						
12	,767	2,326	75,966						
13	,702	2,128	78,093						
14	,660	2,001	80,095						
15	,644	1,951	82,046						
16	,590	1,788	83,833						
17	,546	1,656	85,489						
18	,520	1,577	87,066						
19	,496	1,504	88,570						
20	,439	1,331	89,901						
21	,410	1,243	91,144						
22	,399	1,209	92,353						
23	,370	1,122	93,475						
24	,348	1,055	94,529						
25	,300	,908	95,437						
26	,293	,889	96,327						
27	,245	,743	97,069						
28	,229	,694	97,763						
29	,226	,686	98,449						
30	,169	,511	98,960						
31	,153	,464	99,424						
32	,112	,338	99,762						
33	,079	,238	100,000						

Método de extração: análise do componente principal.



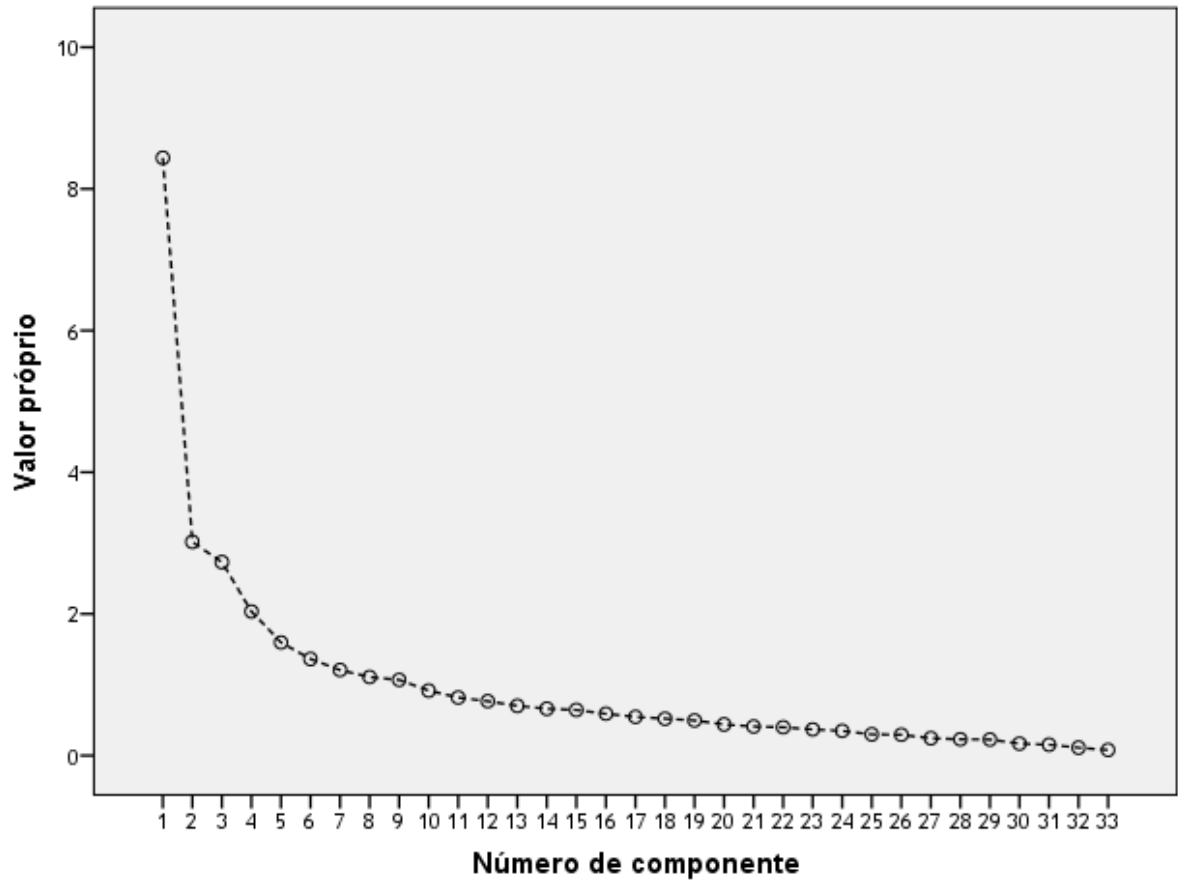
## **Anexo C**

Scree Plot





Scree Plot





## **Anexo D**

Consentimento informado



## **PARTO VAGINAL OU CESARIANA**

### **Fatores que influenciam a preferência pela via do parto**

#### **Consentimento informado da utente para participar no estudo**

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo a realizar no âmbito do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, subordinado ao tema Parto Vaginal ou Cesariana: fatores que influenciam a preferência pela via do parto.

Compreendo que este questionário fará parte de um trabalho de investigação, que tem como objetivos: Identificar quais os fatores que influenciam a escolha pela via de parto; Identificar a preferência da via de parto nas parturientes atendidas no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Unidade Padre Américo (CHTS-UPA) na consulta de termo; Qual a influência dos profissionais de saúde na tomada de decisão pela via do parto; Identificar qual a influência da preferência na decisão da escolha; Verificar a satisfação das puérperas com o tipo de parto realizado.

Responderei livremente às questões. Fui informada que esta participação é totalmente voluntária e que poderei desistir em qualquer momento do estudo sem que haja qualquer prejuízo da minha assistência.

É-me garantido o anonimato e a confidencialidade das minhas respostas, estas serão usadas apenas na investigação.

A informação resultante deste estudo não me identificará em nenhum momento.

Aceito ser contactada pessoalmente ou por telefone após o parto para concluir o preenchimento deste questionário.

Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar:

**Filipa Moreira – 938072729.**

**Assinatura da utente**

**Assinatura do Investigador**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nº de telemóvel -**



## **Anexo E**

Pedido de aplicação dos questionários no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE





Exm<sup>o</sup>. Senhor

Presidente do conselho de Administração

Do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Eu, Filipa Sofia Duarte Rodrigues Moreira, enfermeira a exercer funções no serviço de Neonatologia deste hospital, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

Neste âmbito, tenho que realizar uma dissertação, sendo a temática que decidi abordar foi os *“Fatores que influenciam a preferência pela via do parto”*. Tem como objetivo geral, identificar quais os fatores que influenciam a preferência pela via de parto e como objetivos específicos identificar a preferência pela via de parto nas grávidas atendidas no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Unidade Padre Américo (CHTS-UPA) na consulta de termo, qual a influência dos profissionais de saúde na tomada de decisão pela via do parto, identificar qual a influência da preferência na decisão da escolha e verificar a satisfação das puérperas com o tipo de parto realizado.

Este trabalho é realizado sob a orientação do Professor Carlos Torres e coorientado pelo Professor João Castro, ambos docentes da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

Optei pela utilização de uma metodologia quantitativa para a realização do presente estudo, pelo que irei aplicar como instrumento de recolha de dados um questionário em dois momentos. Será aplicado numa primeira fase na consulta de obstetrícia e numa segunda fase no serviço de puerpério deste Hospital.

Será garantido a todas as grávidas, através do consentimento informado, que a sua participação é voluntária e confidencial.

Assim, venho por este meio solicitar que me seja autorizada a aplicação dos referidos instrumentos de colheita de dados a grávidas e puérperas.

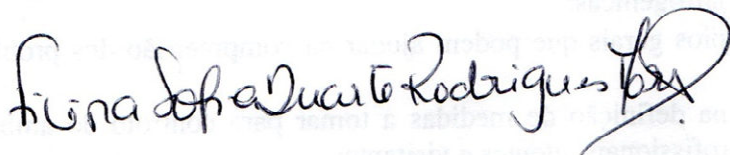
Posteriormente, se assim vos parecer conveniente, divulgarei os resultados do estudo nesta instituição em local e data a designar.

Em anexo a este pedido, envio o projeto de investigação deste estudo, bem como o questionário que irá ser aplicado como instrumento de colheita de dados.

Para qualquer esclarecimento adicional, estarei disponível em: [moreira.fsdr@gmail.com](mailto:moreira.fsdr@gmail.com) ou 938072729.

Aguardando um parecer favorável ao meu pedido agradeço, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Moreira', with a stylized flourish at the end.

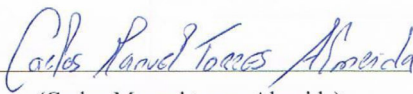
Filipa Moreira

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa, EPE.  
Lugar do Tapadinho, Guilhufe  
4564-007 Penafiel

Carlos Manuel Torres Almeida, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD, vem por este meio declarar que é Orientador Pedagógico da Estudante Filipa Moreira na dissertação subordinado ao tema **“Parto Vaginal ou Cesariana: fatores que influenciam a preferência pela via do parto”** no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Vila Real, 3 de Junho de 2013

O Orientador

  
(Carlos Manuel Torres Almeida)



## **Anexo F**

Aprovação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE para a implementação do questionário





Centro Hospitalar do  
Tâmega e Sousa, E.P.E.

Ex . mo Senhor  
Prof. Dr. Carlos Manuel Torres Almeida  
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro  
Lugar do Tojal  
5000-232 Lordelo - Vila Real

Correio Normal

Sua Referência

Sua Comunicação de  
20-05-2013

Nossa Referência  
N.º  
Proc.

Data  
02-07-2013

**ASSUNTO:** V/pedido para a investigação

03. JUL. 2013

7306

**Ex . mo Senhor,**

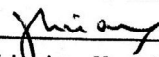
Acusamos a recepção do pedido para investigação da v/ aluna Filipa Sofia Duarte Rodrigues Moreira, sobre o tema " Factores que influenciam a preferência pela via do parto".

Após apreciação pela Comissão de Ética deste Centro Hospitalar, temos o prazer de informar a autorização do seu pedido, caso necessitem de colaboração dos Serviços de Obstetria e Consulta de Termo, os Enfermeiros Chefes manifestaram essa disponibilidade.

Desde já solicitamos, que nos seja remetida uma cópia do relatório final do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal Executivo do  
Conselho de Administração,

  
Enf. Luciano Monteiro

( Enfermeiro - Diretor

FP

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, E.P.E.  
LUGAR DO TAPADINHO | 4564-007 GUILHUFÉ PENAFIEL  
T: 255 714 577 | F: 255 714 575 | E: sfap@hpamerico.min-saude.pt