



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

GLEYDSON FERREIRA DE MELO

**ANÁLISE DA AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DO
TIPO DE PARTO**

Goiânia
2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos

autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: [X] Dissertação [] Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor:		Gleydson Ferreira de Melo			
E-mail:		gleydson.melo5@gmail.com			
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? [X] Sim [] Não					
Vínculo empregatício do autor		Secretaria Municipal de Saúde			
Agência de fomento:		X			Sigla: X
País:	Brasil	UF: Goiânia	Go	CNPJ	-
Título: ANÁLISE DA AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO					
Palavras-chave:		Enfermagem. Ensino na Saúde. Assistência pré-natal. Autonomia no Parto. Humanização do parto. Rede Cegonha			
Título em outra língua:					
Palavras-chave em outra língua:					
Área de concentração:		Ensino na Saúde			
Data defesa:		15-03-2016			
Programa de Pós-Graduação:		Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde			
Orientadora:		Cleusa Alves Martins			
E-mail:		cleusa.alves@gmail.com			

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [] NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 15/03/2016

Assinatura do autor

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

GLEYDSON FERREIRA DE MELO

**ANÁLISE DA AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DO
TIPO DE PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde nível Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Profa. Dra. Cleusa Alves Martins

Linha de pesquisa: Concepções e práticas na formação dos profissionais de saúde.

Goiânia
2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Ferreira de Melo , Gleydson

Análise da autonomia da gestante na escolha do tipo de parto
[manuscrito] / Gleydson Ferreira de Melo . - 2016.
119 f.

Orientador: Profa. Dra. Cleusa Alves Martins .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade
de Medicina (FM) , Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
(Profissional), Goiânia, 2016.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico.

1. Enfermagem . 2. Rede Cegonha . 3. Humanização . 4. Saúde da
Mulher . 5. Assistência pré - natal . I. Alves Martins , Cleusa , orient.
II. Título.

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DO MESTRADO

Aluno: Gleydson Ferreira de Melo

Orientadora: Cleusa Alves Martins

Membros:

1. Profª Drª CLEUSA ALVES MARTINS - PRESIDENTE

2. Profª Drª DENISE GONÇALVES PEREIRA - FESGO

3. Profª Drª NILZA ALVES MARQUES ALMEIDA - FEN

Suplentes:

1. Profª Drª EDNA REGINA SILVA PEREIRA - MEPES

2. Profª Drª ANA CLAUDIA CAMARGO – FESGO

Data: 15/03/2016

Dedico este trabalho...

A todos profissionais que doam e doaram suas vidas a construção do
Sistema Único de Saúde, meu respeito e homenagem.

Aos meus Mestres, que me ensinaram até o presente momento.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por tamanha generosidade e pelas conquistas em minha vida;

A minha orientadora, Dra. Cleusa Alves Martins, minha eterna gratidão, pela doçura, carinho e competência que sempre conduziu este trabalho;

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, pela ajuda, apoio e por fazerem parte das minhas vitórias diárias;

Aos colegas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e da Faculdade Estácio de Sá, por ser uma escola de aprendizado;

Aos que de maneira direta e indireta contribuíram com a construção deste trabalho.

“Tudo vale a pena quando a alma não é pequena”

Fernando Pessoa

Epígrafe

“Nada de orçamentos caros, recursos eletrônicos, orgulhos de tecnologia, brinquedos de crianças crescidas, tão furiosamente na moda”. Nada disso. Apenas paciência e modéstia. Silêncio. Uma atenção leve, mas sem falhas. Um pouco de inteligência, de preocupação com o outro. Esquecimento de si mesmo. Ah! Já ia deixando passar. É preciso muito amor. Sem amor, vocês não “passarão de bem-intencionados”

(LEBOYER, 1981).

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Epígrafe.....	vii
Sumário.....	viii
Resumo.....	xi
Abstract.....	xiii
Símbolos, siglas e abreviaturas.....	xiv
APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. OBJETIVOS.....	26
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3.1 Assistência ao pré-natal.....	29
3.2 Autonomia da gestante.....	37
4. MÉTODOS.....	44
4.1 Tipo de pesquisa.....	45
4.2 Cenário de estudo.....	45
4.3 Participantes do Estudo.....	46
4.4 Coleta de Dados.....	46
4.5 Análise de dados.....	47
4.6 Aspectos éticos.....	47
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
5.1 Conhecendo as gestantes.....	49
5.2. Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto.....	55
5.3. Opinião do parceiro e familiares.....	65
5.4 Influencia dos profissionais no período gravídico puerperal.....	68

6. CONCLUSÕES.....	77
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.	81
8. PRODUTO TÉCNICO.....	85
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXO E APÊNDICE.....	100
Anexo A: Parecer do Comitê de Ética.....	102
Anexo B: Termo de consentimento livre esclarecido – TCLE.....	104
Anexo C: Produto Técnico: Manual com as portarias e normativas Rede Cegonha	106
Apêndice A: Instrumento para coleta de dados	107

RESUMO

RESUMO

ANÁLISE DA AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO. p. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino na Saúde) Universidade Federal de Goiás.

Análise da autonomia da gestante na escolha do tipo de parto e as orientações no pré-natal, à mulher como agente ativa no processo de parturição. Objetivo: analisar a autonomia da gestante frente à escolha do tipo de parto. Trata-se de pesquisa descritiva de campo com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, foram entrevistadas 80 gestantes atendidas em uma unidade pública de saúde pública de Goiânia, Goiás, no período de agosto a setembro de 2015. Na análise e interpretação dos dados emergiram o tema: A autonomia da gestante na escolha do tipo de parto elaborou-se três categorias temáticas: autonomia da gestante na escolha do tipo de parto; opinião do parceiro e familiares e a influência dos profissionais no período gravídico puerperal. O estudo revelou que durante o pré-natal a unidade de saúde não favoreceu o diálogo com a gestante quanto aos tipos de parto. Identificou-se ruptura na autonomia da mulher, as decisões das gestantes são motivadas por experiências familiares e ou pares próximos, entretanto a indicação do profissional médico influencia diretamente na decisão das gestantes. O grau de instrução da mulher influencia diretamente na escolha do tipo de parto; constatou-se que as experiências anteriores de parturições fortalecem a decisão do tipo de parto em gestações subsequentes. Sendo assim, a discussão dos resultados encontrados, confirma a necessidade da revisão e do aperfeiçoamento dos programas de atendimento as gestantes, em especial no serviço público, onde ocorreram grandes conquistas nas políticas governamentais, que avançaram para ratificar um atendimento de qualidade e eficiente para as mulheres que buscam a assistência integral ao nascimento e ao parto.

Palavras-chaves: Enfermagem, Rede Cegonha, Cuidado Pré-natal, Parto humanizado, Autonomia da mulher

ABSTRACT

ANALYSIS OF AUTONOMY OF PREGNANT IN CHOICE OF DELIVERY TYPE. P. Dissertation (Master Professional Education in Health) Federal University of Goiás.

The pregnant woman's autonomy of analysis in choosing the type of delivery and the guidelines on prenatal care, the woman as an active agent in the parturition process. Objective: To analyze the autonomy of pregnant women face the choice of the type of delivery. It is a descriptive research field with a qualitative approach. The data were collected through semi-structured interviews were interviewed 80 pregnant women in a public unit of public health Goiania, Goiás, from August to September 2015. In the analysis and interpretation of data emerged the theme: autonomy pregnant women in choosing the type of delivery was drawn up three thematic categories: the pregnant woman's autonomy in choosing the type of delivery; Partner opinion and family and the influence of professionals in the puerperal gravid period. The study found that during the health unit prenatal did not favor dialogue with the pregnant woman in the types of delivery. It was identified break in the empowerment of women, the decisions of pregnant women are motivated by family experiences and or close pairs, but the doctor's professional statement directly influences the decision of pregnant women. The level of women's education directly influence the choice of the type of delivery; it was found that the previous experience of strengthen the type of delivery of the decision in subsequent pregnancies. Thus, the discussion of the results confirms the need to review and improvement of care programs pregnant women, especially in the public service, where there were great achievements in government policies, which advanced to ratify a quality and efficient service for women who seek comprehensive care at birth and childbirth

Keywords: Nursing, Prenatal Care, Humanizing delivery, personal autonomy

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CAIS	Centros de Atenção Integral a Saúde
CNES	Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde
CIAMS	Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RC	Rede Cegonha
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Na academia, durante o curso de graduação de Enfermagem despertei o interesse pela disciplina de ginecologia e obstetrícia. Pois, ainda como estagiário na Maternidade Nascer Cidadão pude participar da acolhida de inúmeras gestantes no pré-parto, conseqüentemente, perceber suas afetações durante a acolhida, trabalho de parto e puerpério, ouvir suas dúvidas e ou experiências no pré-natal, e os anseios das gestantes quanto o desenrolar das suas pretensões quanto ao tipo de parto. Foi algo marcante para minhas indagações, e permaneceu durante minha carreira profissional.

Ao concluir o curso de Graduação em Enfermagem pela então Universidade Católica de Goiás em 2008, ingressei no quadro de servidores de carreira da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, como analista de Saúde I - Enfermeiro, na função de Diretor Administrativo da Maternidade Nascer Cidadão, na Região Noroeste de Goiânia, Goiás.

Em 2000, inaugurou-se a Maternidade Nascer Cidadão fruto do movimento de reivindicação populacional da região Noroeste que clamava por assistência à mulher no período gravídico-puerperal.

A maternidade oferece um novo modelo de assistência totalmente voltado ao parto natural onde a mulher é a protagonista no processo de parir, uma abordagem que atende as prerrogativas ministeriais da política de humanização ao parto e nascimento, criada em 1998.

Nessa maternidade acolher e ouvir os sentimentos das gestantes e familiares era rotina que visava um atendimento de excelência às parturientes sempre fez parte da filosofia de assistência humanizada ao parto e nascimento as usuárias do Sistema Único de Saúde - SUS. A partir

das experiências profissionais na assistência às gestantes e parturientes despertou-me o desejo em aprofundar o conhecimento da autonomia da gestante e na escolha do tipo de parto durante o período pré-natal.

No entanto, inquietou-me questionar se essa abordagem era desenvolvida por outros profissionais da equipe de saúde nos serviços de atenção obstétrica, da região metropolitana de Goiânia, Goiás.

Atualmente, como Diretor Técnico do Centro Integral Assistência Médico Sanitária - CIAMS do setor Pedro Ludovico, da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – SMS. Uma unidade de nível ambulatorial pude identificar que no pré-natal as consultas estão voltadas especificamente ao atendimento clínico e as ações educativas são incipientes, no sentido de ouvir e orientar as gestantes quanto ao direito e autonomia na escolha do parto, bem como os sentimentos, dúvidas pertinentes a essa fase e várias inquietudes que sensibiliza as gestantes nas semanas que antecedem o momento do parto.

Em 2010, na Faculdade Estácio de Sá e PUC Goiás, iniciei a docência ministrando aulas de Ginecologia e Obstetrícia o que fortaleceu ainda mais a minha vinculação com a saúde da mulher e, conseqüentemente, com a necessidade de aprimorar as pesquisas voltadas nesta abordagem.

Assim, a ideia deste estudo apresenta como temática conhecer a opinião das gestantes na escolha do parto, uma temática que convergem com a linha da Professora e pesquisadora Dra. Cleusa Alves Martins da Faculdade de Enfermagem e Programa Mestrado em Ensino Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A gestação e parto é um processo natural, são experiências humanas impactante na vida da mulher. As experiências positivas ou negativas podem acarretar influências em gestações e partos futuros; no período gravídico-puerperal a mulher passa por processos que podem estimular mudanças que favorecem transformações que vão influenciar diretamente a escolha do tipo de parto (DE MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

A mulher grávida passa por alterações fisiológicas do organismo e psicológicas para se adaptar às novas demandas, atitudes e responsabilidades como mãe. A gestante vivencia momentos de ansiedade, angústias e suas vivências bem ou mal sucedidas e o convívio com outras mulheres que compartilham várias experiências parturitivas positivas ou negativas podem interferir na escolha do tipo de parto (BENUTE et al., 2013; DE MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

O atendimento pré-natal deverá acontecer em espaços destinados a consulta da gestante e as orientações do processo gestacional, trabalho de parto. Nas unidades básicas de saúde a assistência obstétrica deve ser compartilhada por enfermeiros e médicos. Pois, quando as inquietações e dúvidas não são esclarecidas podem surgir a insegurança quanto à escolha do tipo de parto ideal (MS, 2006; PIRES et al., 2010; AQUINO, 2014).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que a assistência ao pré-natal deve iniciar o mais precocemente possível, o acesso as consultas com intervalos mensais até a 28^a semana de gestação, quinzenais entre 28^a

a 36ª semanas e no termo integrado. A implementação de ações multidisciplinares de caráter educativo e preventivo, evitar condutas com intervenções desnecessárias; detecção precoce de patologias e situações de risco gestacional, estabelecer vínculo entre o pré-natal e o local do parto; as consultas devem ser agendadas o mais próximo possível da residência da usuária a partir em unidades básica e o atendimento hospitalar de alto risco e maternidade (MS, 2006; 2012; GOMES; CÉSAR, 2013).

O número de consultas pré-natal realizadas por enfermeiros ainda é pequeno. É mais elevado no Norte e Nordeste do país onde existe maior concentração de mulheres indígenas, em cidades do interior e bairros periféricos dos grandes centros urbanos, provavelmente, justificado por menor adesão e disponibilidade de médicos, nessas regiões (MS, 2006; ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Na rede pública de saúde são frequentes a desarticulação entre a atenção pré-natal e o parto, ainda ocorre a peregrinação da gestante em busca de internação no início de trabalho de parto. Todavia, nos serviços privados a cesariana é previamente agendada mesmo em primíparas, e alcança a maioria dos partos, isso facilita o acesso a assistência obstétrica assistida (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; BENUTE et al., 2013; LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013; AQUINO, 2014).

Em 2014, a pesquisa “Nascer no Brasil” realizada por Lansky, Friche e Silva e seus colaboradores, levantou um inquérito nacional sobre a situação do parto e nascimento e identificou-se que atualmente existe 99% de cobertura da assistência pré-natal, 61% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 12ª semana gestacional, 73% compareceram a seis ou mais

consultas e 75% das gestantes foram atendidas no setor público no Sistema Único de Saúde – SUS, e atingiu a cobertura universal ao parto hospitalar (BENUTE et al., 2013; LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013; AQUINO, 2014; LANSKY et al., 2014).

O Ministério da Saúde recomenda que o enfermeira(o) obstétrica/obstetrix seja o profissional de eleição para assistir o parto normal. Pois, a formação do enfermeiro está voltada a abordagem do cuidar, aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo parturitivo como um fenômeno natural, saudável, no qual a mulher é a protagonista.

Estudos mostraram melhores resultados obstétricos quando as parturientes foram acompanhadas por enfermeiros obstetras/obstetrixes, e apresentaram menor necessidade de analgesia e de intervenções. Além disso, comprovou-se maior satisfação das mulheres quando acompanhadas por enfermeiras (HODNETT; OSBORN, 1989; BLANCHETTE, 1995; TUMBULL *et al.*, 1996; WIEGERS *et al.*, 1996; BRASIL, 2000; 2001; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002; DIAS; DOMINGUES, 2005).

Em 2013, morreram no mundo 289.000 mulheres durante a gravidez e o parto. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o parto normal em gestantes de baixo risco obstétrico e um check-list do parto seguro (WHO Safe Childbirth Checklist) instrumento disponível para melhoria da atenção obstétrica, consideradas boas práticas obstétricas no trabalho de parto: alimentar-se, caminhar, métodos não farmacológicos para diminuir a dor e o uso do partograma para identificar possíveis alterações, oferecer analgesia a pedido da parturiente, evitar uso de cateter venoso, ocitocina e amniotomia de rotina para aceleração do trabalho de parto (métodos

invasivos), durante o parto estimular posições verticalizadas e evitar episiotomia de rotina (MS, 2012; AQUINO, 2014; WHO, 2015).

No Brasil, na rede de atenção obstétrica anualmente ocorrem três milhões de nascimentos, sendo 98% dos partos acontecem em unidades hospitalares públicas ou privadas, segundo dados do DATASUS de 2011, e existem 57.330 leitos de atenção clínica obstétrica.

O País apresentou 31,7% de cesarianas e 41,3% no mesmo mês de dezembro de 2015.

No estado de Goiás, foram registrados um total de 325.279 partos em ambiente hospitalar entre os anos de 2008 a 2015, apenas 185.801 foram parto normal. no mesmo período, a porcentagem de partos cesarianos foi de 49%;

E, em Goiânia ocorreram 139.478 nascimentos, sendo 115.018 por cesarianas. Na capital, também se notou aumento nas taxas de cesarianas nesse intervalo de tempo, sendo de 49% (DATASUS, 2016b).

Tais valores demonstram que o Brasil e o estado de Goiás, incluindo a capital, ainda estão distantes da taxa de cesarianas de 15% preconizada pela OMS (MS, 2012; DATASUS, 2016a).

Vale ressaltar que, os leitos destinados à atenção clínica obstétrica, em sua maioria, são utilizados para retaguarda de intercorrências obstétricas da gravidez ou complicações relacionadas ao processo de parto. O modelo obstétrico ainda expõe as mulheres a altas taxas de intervenções (episiotomia, amniotomia, ocitocina e analgesia) condutas que deveriam ser usadas apenas em situações de necessidade e não como indicação rotineira nos serviços (GOMES, 2011; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Os avanços tecnológicos no campo da atenção obstétrica e a ofertas de aparelhos de imagem contribuem para conduta profissional mais seguras. Essa mudança no cenário influenciou o modelo de assistência ao parto e nascimento, atualmente, a discussão das razões que levam a mulher a optar por parto vaginal ou cesárea, bem como a escolha da via de parto é uma situação presente nos serviços de saúde entre usuárias e os profissionais de saúde que atuam nessa área (BENUTE et al., 2013; GOMES; CÉSAR, 2013)

O novo papel da mulher na família e na sociedade contribuíram para autonomia e participação ativa de gestantes na escolha do tipo de parto. Também, se presume que a inclusão em suas preferências estaria o aumento do número de cesáreas em todo o mundo, sendo a principal causa para o incremento nos indicadores de cesarianas a interferência dos médicos, com a justificativa de ser um procedimento confortável, cômodo e seguro tanto para a mãe como para o feto (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

O processo de decisão da escolha do tipo de parto envolve vários fatores. Melchiori e colaboradores (2009) entrevistaram 221 puérperas que pariram em maternidades públicas e evidenciaram que as parturientes que preferiam o parto vaginal optaram por essa via em decorrências dos benefícios advindos deste. Entre os fatores mais citados pela preferência do parto natural foram a recuperação mais rápida, não proporciona dor no pós-parto, sensação de dor apenas ao momento do nascimento por ser próprio da fisiologia reprodutiva, desencadeia menos danos à mãe e ao bebe, não deixa cicatriz e não oferece risco para a infecção. Logo, as que optaram pelo parto cesáreo alegaram: cesárea prévia, fatores de segurança em relação ao

nascimento do filho, a cesariana não oferece dor e realizar laqueadura intraparto.

Cardoso, Alberti e Petroianu (2010) pesquisaram 170 mulheres no período de pós-parto em duas maternidades, em 2006, uma instituição na cidade de Nova Lima e outra em Contagem, ambas em Minas Gerais. A amostra foi dividida em dois grupos de mulheres, no primeiro grupo 82,1% das pesquisadas expressou desejo pelo parto normal. No segundo grupo 62,7% referiram a mesma preferência pelo tipo de parto. As mulheres alegaram que fizeram suas escolhas pelo retorno mais rápido a vida diária e temor de sentir dor.

Também, outros fatores citados com menor incidência, foram a preocupação com a beleza e a aparência, desejo de realizar laqueadura intraparto, seguir instruções fornecidas pelo médico responsável durante o pré-natal. Dentre as indicações médicas da cesárea foram: feto muito grande, desproporção cefalopélvica, cesárea anterior, dilatação do colo uterino insuficiente, cesariana agendada previamente, hipertensão na gestação, complicações relacionadas ao nascimento e hemorragia uterina (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010).

Neste cenário, existe uma carência de estudos que investiguem e delimitem especificamente os fatores que interferem na autonomia e na escolha do tipo de parto, e os fatores envolvidos neste processo (FERRARI, 2010; FIGUEIREDO et al., 2010).

Há, necessidade de clarear as percepções das gestantes quanto à escolha do tipo de parto, como uma das prerrogativas ministeriais em programas e toda a rede envolvida na assistência ao parto e puerpério para

desenvolver ações de orientações no pré-natal quanto a escolha com autonomia e liberdade, com segurança quanto ao tipo de via de parto e conseqüentemente a articulação dessas ações (SILVANI, 2010; NUNES et al., 2012).

As ações educativas durante o pré-natal permitirão as gestantes o conhecimento das indicações do tipo de parto, o que as levam a reflexões acerca dos processos de parturição e poderão contribuir na escolha do seu tipo de parto, na promoção e otimização das ações já existentes na Rede de Atenção de Saúde.

Em Goiânia, a temática acerca da escolha do seu tipo de parto, se mostra de forma inédita, a partir das consultas do pré-natal na rede de básica de saúde. Pois não existem estudos que trazem a luz a autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. Embora, existem vários estudos que discutem o protagonismo da mulher no período gravídico-puerperal, no país.

Neste entendimento, elaborou-se como questões norteadoras: as gestantes são autônomas na escolha do tipo do parto em Goiânia-Go, quais os fatores que interferem na opção de parto, existe influência de outros personagens nessa eleição, as consultas e orientações durante o pré-natal contribuem para a escolha do tipo de parto.

OBJETO DE ESTUDO: quais fatores podem influenciar a gestante na escolha do tipo de parto.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a autonomia da gestante frente à escolha do tipo de parto durante o pré-natal, em Goiânia, Goiás.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto;
- Identificar a participação do parceiro, familiares e profissionais de saúde na escolha da mulher quanto ao tipo de parto;
- Identificar as ações da equipe de saúde no pré-natal para a promoção do tipo de parto.

3. REFERENCIAL TÉORICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Em 2000, o Ministério da Saúde visando à humanização do parto e nascimento firmou compromissos para a promoção da maternidade segura. Nesse sentido, Há mais de duas décadas, vem-se discutindo o modelo de atenção à saúde da mulher no pré-natal e no parto, visando almejar taxas alcançadas em países de primeiro mundo.

O Programa Nacional de Atenção ao Parto e Nascimento de 2006, elaborado e definido como política governamental, define que o objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (MS, 2006).

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras sem intervenções desnecessárias; fácil acesso aos serviços de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2000; 2011; MS 2006).

O cuidado pré-natal de qualidade possibilita a detecção e intervenção precoce dos fatores de risco materno e fetal. A assistência deve ser pautada na escuta ativa que possibilita a formação de vínculo entre usuária e profissionais um dos mais importantes indicadores que influencia

diretamente nas taxas de mortalidade materna e neonatal, relacionados à mãe e ao bebê têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2000; MS, 2012).

Segundo o Programa Nacional de Atenção ao Parto e Nascimento (2006), cabe aos Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, garantir o desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal :

- Escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
- Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
- Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
- Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;

Acolher, segundo o Dicionário Houaiss (2009), significa: 1) dar acolhida a, dar agasalho a; 2) dar crédito a, dar ouvidos a; 3) admitir, aceitar, receber; 4) tomar em consideração. Assim, o acolhimento é fundamental na assistência à gestante e implica recepção da mulher, desde sua entrada na unidade de saúde, compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da

assistência, quando necessário (MS, 2006; 2012; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

É importante acolher o acompanhante de escolha da mulher, não criar obstáculos à sua participação no pré-natal, pois estes estão no dia a dia da mulher, acompanhando toda a dimensão da gravidez e suas implicações. A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro. São também parte dessa história fatos, emoções ou sentimentos apreendidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal e que pode influenciar diretamente na autonomia da escolha dessa gestante quanto ao tipo de parto pretendido (MS, 2006; 2012; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

As gestantes ao buscarem os serviços esperam por parte do profissional durante o pré-natal um diálogo franco, sensibilidade e capacidade de percepção que são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto (MS, 2006; 2012; BARROS et al., 2011; AQUINO, 2014).

É necessário que haja escuta aberta, recíproca, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, visando fortalecer a gestante na sua autonomia durante a caminhada até o parto e ajudar a construir o conhecimento sobre si mesma, com bases sólidas, contribuindo para um parto e nascimento tranquilo e saudável (MS, 2006; 2012; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Acolher, escutar, esclarecer é apoderar uma gestante, é algo mobilizador. A presença da grávida remete à condição de poder ou não

gerar um filho, seja para um homem, seja para uma mulher. Suscita solidariedade, apreensão. Escutar, aclarar e orientar durante as consultas do pré-natal é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores é desprendimento de si. Nesse momento sublime, o sujeito dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e, por isso, exige grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências (MS, 2006; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; LEAL; GAMA, 2014).

Os avanços no campo das políticas de saúde do SUS voltadas à mulher ocorreram de modo significativo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em 2000, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004 e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal também em 2004 e a estruturação da Rede Cegonha em 2011, com esforços nas três esferas governamentais visando à redução dos indicadores da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2000; 2011; MS, 2004)

Devido à grandeza geográfica e estrutural do País, evidencia-se que as taxas de morbimortalidades materno infantil são de causa multifatorial, tendo um desafio a ser superado por gestores que atuam diretamente na formulação destas políticas públicas. Neste sentido, o objetivo da Rede Cegonha (RC), na rede de Atenção em Saúde (RAS) visa à integração dos serviços de assistência com eficiência e qualidade em todos os pontos de atenção, desde as consultas do pré-natal até o puerpério e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil (BRASIL, 2011; MS, 2011).

A assistência ofertada às gestantes durante o pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que buscam acolher a gestante desde a confirmação da gravidez até parto e puerpério. Possibilitando o esclarecimento de dúvidas das usuárias e acompanhantes, a aquisição de novos conhecimentos promove seu empoderamento para a tomada de decisões acerca dos cuidados (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; MS, 2012; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

As ações no pré-natal preconizam realização todos os exames para rastreamento de agravos e acompanhamento do estado de saúde do binômio mãe-feto, vinculação da gestante ao local do parto. Contudo, para o sucesso do pré-natal é preciso ocorrer a captação precoce da gestante logo que confirmada a gestação, preferencialmente antes da 12ª semana de estação (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; MS, 2012; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Desta maneira, o MS preconiza parâmetros para garantir um pré-natal de qualidade e sendo assim, é preciso realizar no mínimo seis consultas. Preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. O aumento no número de consultas na fase final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e materno buscando identificar precocemente situações de risco, para prevenir complicações como o trabalho de parto prematuro, doença hipertensiva específica da gestação e a diabetes gestacional e outros agravos obstétricos (MS, 2006; DOMINGUES et al., 2014).

Teoricamente, é no pré-natal que os profissionais de saúde encontram o momento ideal para a troca de informações acerca da gravidez,

esclarece as dúvidas, buscando estabelecer relação de confiança e consequentemente identificando as vantagens e as desvantagens de cada modalidade de parto (REZENDE, 2009; SOARES, 2009).

Considerando que a maioria das gestações é de baixo risco e as gestantes são atendidas em Unidades de Atenção Básica de Saúde, o enfermeiro ganha destaque por seu papel primordial de educador e promotor da saúde por meio de diversas ações de educação em saúde e de prevenção. Isto, se justifica pela gama de dimensões de competência do enfermeiro na assistência ao cuidado a mulher e ações de prevenção, promoção, proteção, e recuperação da saúde (DUARTE, 2006; MS, 2012).

Estudos mostraram ao avalia a satisfação das usuárias acerca do atendimento de enfermagem, concomitante ao do médico, no pré-natal, em especial em questões relacionadas ao acolhimento à formação de vínculo por meio da comunicação efetiva entre profissional e gestante, a consulta de enfermagem é importante por possibilitar à gestante o enfrentamento das etapas com tranquilidade e com possibilidade de expressar seus sentimentos, medos e angústias frente à parturição (PESSÔA et al., 2009; SHIMIZU; LIMA, 2009; MS, 2012).

Apesar disso, as ações educativas fundamentais para um pré-natal de qualidade, apresentam barreiras importantes que comprometem a eficácia dessa estratégia. Um dos problemas observados foi à permanência do modelo tradicional de ensino, onde a mulher é colocada na posição passiva, recebendo as orientações sem buscar os conhecimentos prévios e, muitas vezes, não oferecendo espaço para discussão de suas dúvidas (SHIMIZU; LIMA, 2009). Além disso, o estudo de Santos, Radovanovic e

Marcon (2012) demonstrou que há deficiências quanto às orientações acerca das alterações fisiológicas no organismo da gestante permitindo o autocuidado e o cuidado ao recém-nascido.

O pré-natal também se mostrou determinante para a escolha da via de parto no estudo de Pires (2010), onde foi verificado que há falta de informações favoráveis ao parto por via vaginal, em detrimento do menor sofrimento físico e mental decorrente do parto cirúrgico, o que pode se relacionar às elevadas taxas de cesarianas na população estudada.

É importante a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as consultas e atividades de grupo para o preparo do casal para o parto e nascimento. O período gravídico puerperal são eventos carregados de sentimentos profundos, momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais (MS, 2006; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013)

Além disso, é de suma importância o apoio emocional, da família e dos profissionais de saúde, a fim de garantir à mulher o bem-estar durante a gestação, parto e puerpério; bem como contribuir para reduzir a ansiedade, a insegurança e o medo do parto (SOARES, 2009; DE MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

Na década de 90, os estudos revelaram que cerca de 20% das mulheres optavam pela cesariana no início da gravidez, esse dado é próximo a 40% em mulheres com cesarianas anteriores. Contudo, essa proporção aumentava ao longo da gravidez, resultando em proporções de

cesárea próximas a 90% nos serviços privados, com grande número de cesarianas eletivas e com indicações pouco claras (CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013; DOMINGUES et al., 2014).

As causas para o aumento de cesarianas têm sido discutidas e diversas hipóteses têm sido levantadas, tais como o desejo das mulheres pelo parto cesáreo, até a conveniência desse tipo de parto para os profissionais que o realizam. Vale ressaltar que o parto cesáreo se transforma em problema de Saúde Pública, devido aos possíveis riscos causados de forma desnecessária nos partos que no aconteceriam sem intercorrências (BENUTE et al., 2013; DOMINGUES et al., 2014).

A partir de 2011, ocorreram mudanças nas ações ministeriais na área saúde da mulher. Por meio da Portaria Nº 1. 459 de 24 de junho de 2011 foi instituída a Rede Cegonha, que fortaleceu a política e os programas existentes de assistência ao parto e nascimento, bem como propôs medidas baseadas em indicadores dos diagnósticos das causas de morbimortalidade materno infantil. Os estudos revelam que, no Brasil, tanto na rede pública do SUS quanto na rede privada e conveniada, ocorrem o excesso de intervenções desnecessárias no parto e prevalência de intensa medicalização e uso de tecnologias desnecessárias no processo assistencial de parto e nascimento (MAZZONI et al., 2011; MS, 2011; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Dentre as ações de atenção à saúde da mulher, destacam-se: adoção de estratégias como aumento na remuneração ao parto normal visando o incentivo desta modalidade, a limitação do pagamento de cesarianas pelo SUS, e o uso sistemático do partograma, necessário para

justificar o pagamento aos prestadores e planos de saúde, além da expansão da atenção pré-natal a nível nacional, com vistas à humanização do cuidado em saúde (MS, 2011; DOMINGUES et al., 2014).

3.2 AUTONOMIA DA GESTANTE

A partir da 2ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em abril de 1988 na Austrália, foi criada a “Declaração de Adelaide em 1988”, propôs a criação de políticas públicas voltadas à prática da assistência à gestante e ao parto, baseadas em necessidades individuais de cada mulher, valorando a importância de cada gestante ser participante ativa no processo do seu parto, assegurando-lhes o direito ao conjunto de informações que fundamentará a escolha informada (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; LEAL; GAMA, 2014).

A autonomia não significa a ausência total de dependência do indivíduo, nem a liberdade absoluta de decisão. É interpretada como um processo de construção para compreender e agir sobre si. Melhor dizendo, a autonomia está condicionada a fatores externos, o sujeito é sempre co-responsável, nessa formatação, o usuário tem acesso as informações para refletir o agir sobre si e sobre o mundo a sua volta (CAMPOS et al., 2006).

O SUS, criado pela Lei 8.080 de 1990, assegura o atendimento universal a todos cidadãos brasileiros, por meio da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Também, visa o respeito aos valores e direitos da mulher, acima de tudo a autonomia e a informação adequada de todos os

tipos de procedimentos e condutas durante o pré-natal o parto e puerpério (SILVANI, 2010; GOMES; CÉSAR, 2013; DOMINGUES et al., 2014).

É direito da parturiente ter autonomia para escolher o melhor plano de cuidados de acordo com suas necessidades biopsicossociais, e deve ser respeitada pelos profissionais; contar com um acompanhante de sua escolha e de receber informações sobre os procedimentos aos quais será submetida (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Nesse veio de entendimento, o direito da gestante ao acesso as informações pode favorecer a autonomia da mulher de se auto conhecer, bem como os procedimentos inerentes ao período gravídico e intercorrências durante o trabalho de parto e parto. Além disso, possibilita que tenha clareza das necessidades específicas de atenção e cuidados, uma postura ativa frente às decisões acerca do tipo de parto e uso de tecnologias leves. Na verdade, a assistência humanizada fortalece a criação de vínculos entre os profissionais que prestam atendimento e a protagonista do parto (GOMES, 2011; ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

É importante frisar nem sempre as informações do processo gestacional e o processo fisiológico de parir são oferecidas gestante no pré-natal, a mulher recebe poucas orientações, e quando isto acontece, geralmente, ocorre ao termino da gestação. A ausência de conhecimento dificulta a liberdade de escolha do tipo de parto. A autonomia da escolha em muitos casos é sobreposta por indicações e critérios clínico/médico, que reflete diretamente na possibilidade de autonomia de decisão no processo parturitivo (BARROS et al., 2011; MS, 2012; AQUINO, 2014).

A Organização Mundial de Saúde - OMS - considera aceitável um quantitativo de cesarianas em até 15%. No Brasil, o parto cesáreo apresenta índices de 53%, as causas obstétricas se devem a razões culturais, organizacionais e institucionais. Na verdade, fica o questionamento se a possibilidade de opinar sobre a via de parto decorre realmente da mulher, ou a critério médico em decidir a melhor via de parto para a parturiente (MS, 2012; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Nas últimas décadas, com a adesão intensa da medicalização em instituições hospitalares, o corpo feminino sofreu uma perda na autonomia da mulher. As constantes transformações sociais no papel social da mulher levantaram discussões acerca dos direitos reprodutivos. De modo gradativo, a mulher apropria-se do parto como a principal no processo de parturição, com direito de escolher a via de parto que melhor contemple seus desejos e anseios. E, atribui-se a isso o aumento das taxas de cesarianas, uma vez que se criou o ideário de que o procedimento configura-se mais seguro e confortável para mãe e criança (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

Esta realidade contribui para reflexões acerca do verdadeiro conceito de autonomia e se encontra atrelada as condições sociais, culturais e econômicas das usuárias, a escolha da via de parto deixou de ser uma indicação técnica para ser opção da mulher. Entretanto, trata-se de uma escolha sem prévia orientação, o que acaba por se caracterizar como indução (WEIDLE et al., 2014).

Cada gestante vivencia de maneira distinta o processo de gestar e parir, existem intensas alterações físicas, sociais e emocionais exibindo

inúmeras experiências, seja familiar ou social que gera ansiedades no processo de parir. Esses momentos complexos podem suscitar vulnerabilidades que deveriam ser abrandados durante a consulta pré-natal, entretanto, as gestantes nem sempre encontram espaço de verbalização, ou o profissional não promove a escuta para esclarecer as dúvidas (SILVANI, 2010; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Estudos de Silvani, (2010); Pereira, Franco e Baldin (2011) e Cabral, Hirt e Van Der Sand (2013) apontaram que as representações do parto estão fortemente associadas ao ato cultural de mulheres com classe sociais mais elevadas, ao optarem por parto cesáreo, visto que está ligada à ideia de segurança e conforto, também a laqueadura tubária concomitante contribui para a preferência do parto cirúrgico. O parto vaginal está enormemente associado à dor, desconforto e imprevisibilidade, contrariando a possibilidade de agendamento do dia e horários marcado para o evento do parto.

No Brasil, por questões sociais e culturais a maioria das gestantes detém pouca informação sobre a fisiologia da parturição, o domínio do conhecimento cabe ao médico e enfermeiro que deveriam orientá-las durante as consultas de pré-natal, como modo de promover o empoderamento da gestante e serem as protagonistas do processo de parir. A falta de informações contribui para elevadas taxas de cesarianas eletivas em parturiente amedrontadas por frustrações vivenciados por outras mulheres, por medo das dores sucedidas das contrações uterinas, próprias do trabalho de parto e diversas circunstâncias na assistência obstétrica (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Entretanto, o primeiro passo para a autonomia na escolha do tipo de parto é esclarecer a mulher tanto em relação ao parto quanto acerca das práticas assistenciais a serem oferecidas. Na orientação durante o pré-natal, em equipe de educação perinatal para promoção da saúde integral das gestantes, orientações para autonomia da gestante, a experiência pessoal do parto anterior ou de familiares e pessoas mais próximas se mostraram como motivador na sua escolha (SILVANI, 2010; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

A autonomia da gestante conduz à ideia de liberdade, a partir do conhecimento de si para construir a própria trajetória desde a descoberta da gravidez até o puerpério. Nesse sentido, criar mecanismos para valorar a autonomia em serviços de saúde é reconhecer que a mulher tem voz ativa no processo terapêutico e carrega consigo suas necessidades, valores, expectativas e desejos, frutos da sua natureza e cultura, que precisam ser considerados no decorrer da atenção obstétrica (MAZZONI et al., 2011; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

O exercício da autonomia está associado a condições culturais, sociais, econômicas e outras, e a forma como essa mulher vive em sociedade, o acesso precoce à informação e à formação. Toda gestante é movida pela própria vontade – autonomia, mas também pela vivência com o mundo exterior – heterotomia, entende-se como orientações e opiniões dos profissionais de saúde, pares, familiares e pessoas em geral, que durante a gestação relatam suas experiências e motivações para a escolha do tipo de

parto, esse conhecimento confere uma característica relativa e relacional à autonomia (MS, 2001; REZENDE, 2009; MAZZONI et al., 2011).

Em uma sociedade democrática a autonomia torna-se um valor fundamental, especialmente, no campo da saúde quanto a escolha da modalidade de intervenção. Não cabe somente ao profissional de saúde determinar o tipo de parto, e sim acolher as motivações que levam a decisão da gestante, superando assim, as barreiras que possam impedir a autonomia na opção do tipo de parto pretendido (MAZZONI et al., 2011; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

A autonomia se configura de forma velada de manipulação, uma vez que falta informação dos riscos que envolvem os procedimentos. A escolha da gestante é um direito primordial, enquanto protagonista do processo parturitivo. Entretanto, precisa-se fortalecer as ações de educação em saúde, apresentando elementos fundamentais na promoção a saúde e os riscos em procedimentos aos quais a usuária será submetida, promovendo a verdadeira autonomia na decisão para administrar o processo parturitivo com segurança (MS, 2001; TEDESCO et al., 2004).

Estudo de BUSANELLO (2011) identificou que a assistência de enfermagem influencia positivamente na promoção da autonomia da mulher por meio das ações educativas preconizados pelo SUS. Entretanto, é imperativo que o profissional leve em conta a individualidade e sensibilidade da gestante, avaliando as alterações físicas e emocionais ocasionadas pela gestação; além do compartilhamento de conhecimentos através de uma relação bidirecional e horizontal, incluindo a gestante nos cuidados, evidenciando seu protagonismo, bem como estendendo as orientações aos

familiares, envolvendo-os nos cuidados, de modo a garantir segurança e liberdade à usuária.

A discussão acerca da gestação e do processo parturitivo possibilita que a mulher reflita as questões dos tipos de parto, o preparo para o parto deve iniciar desde as primeiras consultas de pré-natal, a informação baseada em evidências científicas equivale instrumentalizar a gestante para a escolha da via de parto que melhor lhe agrade e utilizar o discurso favorável ao parto normal (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; PIRES et al., 2010; MS, 2012).

A revisão da bibliografia mostrou que embora as políticas públicas na atenção à saúde da mulher, no período gravídico-puerperal tenham avançado, ainda há fragilidades no que diz respeito às ações e condutas assistências em instituições que realizam pré-natal, ainda não se consolidou em diversos contextos de saúde, especialmente em ações de orientação à gestante durante o atendimento pré-natal.

4. MÉTODO

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e de natureza exploratória. A pesquisa qualitativa consegue evidenciar o ponto de vista dos atores envolvidos, compreender e interpretar suas realidades (POUPART, 2008; BARDIN, 2014).

Segundo Minayo, (2010); o método qualitativo objetiva o universo das significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, importantes para a descrição e compreensão dos fenômenos de uma determinada situação, e se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, fruto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e edificam seus artefatos.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde do Centro Integrado de Assistência Médico Sanitária - CIAMS da Secretaria Municipal de Goiânia, Goiás, que atende à demanda de gestantes encaminhadas pelo tele agendamento da região metropolitana, advindas de várias regiões da capital.

Os CIAMS têm por objetivo atender toda a demanda de atenção primária da rede de saúde, incluindo o atendimento pré-natal de baixo risco.

O serviço conta com seis ginecologistas no período matutino e vespertino e cinco enfermeiros sanitários distribuídos em todos os horários de funcionamento.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram as gestantes de risco habitual em qualquer fase gestacional.

A amostra constituiu de gestantes atendidas em consultas com a enfermeira ou médico.

Os critérios de inclusão foram todas gestantes que aguardavam consulta na unidade de saúde, à época da coleta. Não houve critério de exclusão, mas vale esclarecer que todas gestantes foram convidadas e participarem do estudo e algumas se recusaram o convite.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu durante os meses de agosto e setembro de 2015, foram entrevistadas 80 gestantes que procuraram o serviço para consulta de pré-natal. Utilizou-se entrevistas semiestruturadas individuais e gravadas após consentimento das depoentes, norteadas pelo questionário (Apêndice B). Ocorreu em horários que as gestantes aguardavam as consultas, em sala privativa na unidade de saúde, o tempo de duração foi em média de 30 minutos. As entrevistas com as gestantes com idade entre 14 e 16 anos tiveram a aquiescência da mãe acompanhante.

Os dados obtidos nas entrevistas foram, posteriormente, transcritos na íntegra pelo pesquisador.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Realizou-se análise de conteúdo do material empírico, com o intuito de alcançar a essência do fenômeno, conforme técnica descrita por Bardin (2012): a) pré-análise ou ordenação dos dados: mapeamento dos dados obtidos no campo; b) classificação dos dados: reconhecimento de estruturas relevantes dos fenômenos investigados. Para tanto, foi empregado, como unidade de registro, o conteúdo significativo presente nas falas das gestantes entrevistadas; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação ou análise propriamente dita: estabelecimento de articulações entre os dados empíricos e a teoria, a fim de responder as perguntas e objetivos da pesquisa.

Neste estudo, na análise do conteúdo emergiram três categorias temáticas acerca da autonomia e escolha da gestante no tipo de parto.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Goiás e aprovado sob o Parecer 852.830 de 12 de novembro de 2014 (Anexo A) e atendeu aos aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) (Apêndice A).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise do conteúdo emergiram quatro categorias temáticas: Conhecendo as gestantes; Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto; Opiniões do parceiro e familiares e Influência dos profissionais no período gravídico-puerperal.

5.1 CONHECENDO AS GESTANTES

As participantes foram: gestantes segundo a idade, estado civil, grau de instrução, renda familiar, número de gestações, independente do trimestre gestacional e quantidade de abortos anteriores a atual gestação.

FAIXA ETÁRIA DAS GESTANTES

Foram entrevistadas 80 gestantes nos três trimestres de gestação, a idade variou entre 14 e 43 anos, entre elas, 16 estavam na faixa etária entre 14 a 20 anos. A maioria das depoentes encontravam-se na faixa etária entre 21 a 30 anos (38 gestantes), entre 31 e 43 anos (26 participantes), nesta faixa etária é importante destacar que apenas uma gestante tinha a idade de 43 anos, o que evidenciou uma tomada de decisão para engravidar. Vale ressaltar que embora tivessem entre tantas 14 a 16 anos tantas acima de 35 idades consideradas de risco habitual, contudo as gestantes não apresentavam nenhuma intercorrência gestacional.

Segundo dados do Sistema do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal) do Ministério da Saúde de 2014, em Goiânia, a gravidez de adolescentes (entre 15 e 19 anos) aumentou 32,5%, passando de 1.762, em 2013, para 2.336, em 2014. Corroborando com os dados encontrados neste estudo, onde 16 depoentes estão incluídas nessa faixa etária. A gestação é uma das fases mais esperadas na vida de muitas mulheres, entretanto, ela se torna um problema de saúde pública de caráter social quando acontece precocemente. Os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, mostram que entre meninas de 10 a 14 anos, esse número é ainda mais alarmante, pois passou de 13 para 54 casos nos últimos anos; só em 2015, já foram registradas oito situações de gestação nessa faixa etária (GOIÂNIA, 2015)

Em 2014, a gravidez entre meninas de 10 a 19 anos correspondeu a 18% do total de gestantes que fizeram pré-natal em unidades públicas de saúde da capital goiana, e apresentou aumento de 34,6% (GOIÂNIA, 2015).

ESTADO CIVIL

Identificou-se que 36 entrevistadas eram casadas, todas informaram a participação ativa do parceiro e acompanhavam a esposa em consultas e exames de pré-natal.

Entre as participantes, 23 gestantes vivem em união estável e informaram a participação indireta do parceiro, embora não compareçam às consultas de pré-natal, todos assumiram a paternidade.

Do total, 20 gestantes se declararam solteiras e não contam com a participação do parceiro em suas decisões. Pois a gravidez foi fruto de um encontro sexual ocasional e ou uma relação sem planejamento. Uma entrevistada declarou-se viúva, o companheiro foi assassinado devido ao uso de drogas e a confirmação da gravidez ocorreu dia seguinte à morte do parceiro.

Os dados obtidos neste estudo corroboram com os achados de outros estudiosos, onde a maioria das gestantes são casadas ou em união estável. Entretanto, a quantidade de gestantes solteiras é elevado, sendo de 45% do total de mulheres, Um dado importante do ponto de vista da vivência do parto, uma vez que se constatou maior sofrimento, ansiedade em parturientes solteiras (REIS; SARAIVA; DA SILVA VIEIRA, 2014).

GRAU DE INSTRUÇÃO

Quanto ao grau de instrução, os dados revelam que 17 entrevistadas possuem o ensino superior completo, 47 o ensino médio completo e 16 gestantes o ensino fundamental incompleto ou completo.

O acesso a formação profissional e ao ensino foi identificado como uma ferramenta fundamental na conquista da autonomia da mulher. As depoentes que possuíam o ensino superior questionavam acerca de seus direitos e dilemas vividos durante o pré-natal. Também, relataram que buscavam informações em outras fontes além daquelas oferecidas nas consultas de pré-natal na unidade de saúde.

O grau de instrução de acordo com os dados identificou-se que a minoria pois apenas o ensino fundamental e a maioria possui ensino médio completo, seguido do ensino superior. Estes resultados corroboram com os achados da literatura que mostram diversidade entre as gestantes quanto ao nível de escolaridade. No entanto, quanto a influência ao nível de escolaridade na escolha do tipo de parto observou-se que os dados se diversificam entre vários autores Leguizamon Júnior, Steffani e Bonamigo (2013) verificaram que as usuárias com maior nível de escolaridade deram preferência ao parto natural; enquanto Tedesco, Maia Filho e Mathias (2004) observaram maior preferência pela cesariana nesse grupo de mulheres.

RENDA FAMILIAR

Identificou-se que a renda familiar na maioria das gestantes variou aproximadamente de R\$ 1 000,00 a R\$ 6 000,00 mil reais. A renda individual impacta diretamente no total da renda familiar, algumas depoentes eram as responsáveis pela manutenção familiar. Das 80 entrevistadas 51 tem rendimento entre R\$1.000,00 e R\$ 2.000,00 mil reais; 19 com rendimento de R\$ 2.000,00 mil reais a R\$ 5.000,00 e dez depoentes rendas acima de 5.000,00 mil reais.

Estes dados revelam que o poder aquisitivo da população vem caindo e as classes com renda mensal superior a R\$ 2.000,00 mil reais tem procurado os serviços públicos de saúde como forma de garantir a assistência durante o pré-natal.

De acordo com a literatura, a renda interfere na escolha do tipo de parto e se associa a média e alta renda a preferência por cesariana.

Entretanto, constatou-se que usuárias de classe social mais privilegiada buscam cada vez mais o parto natural, especialmente domiciliar (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

DADOS OBSTÉTRICOS: NÚMERO DE GESTAÇÕES

No que diz respeito aos dados obstétricos, verificou-se que 33 eram primigestas e relataram insegurança e incertezas quanto ao processo gestacional e a escolha do parto, por não terem vivenciado o processo de parturição; seguido por 27 mulheres que se encontravam na segunda gestação; nove estavam na terceira gestação e 11 eram multigestas. A maioria referiu não usavam nenhum método anticoncepcional por questões de cunho religioso, ou o fizeram de forma inadequada, outras relataram que as relações foram frutos de encontros ocasionais.

Os dados relacionados ao número de gestações demonstram que já é estimado na atualidade, a tendência de redução no número de filhos. De acordo com o Instituto de Geografia e Estatística - IBGE (2016), a média nacional calculada no último censo de 2010 é 1,9 filhos por mulher, o que é evidenciado neste estudo, onde a grande maioria está na sua primeira ou segunda gestação. A redução na quantidade de filhos é decorrente de mudanças no papel social da mulher e, vêm ocorrendo desde a década de 1960, em todas as regiões do país, embora as regiões Nordeste e Norte possuam uma média maior de filhos por mulher (2,09 e 2, 4,7 respectivamente); já no Centro-Oeste, essa média é de 1,92 (IBGE, 2016).

DADOS OBSTETRICOS: TRIMESTRE GESTACIONAL

No que diz ao período gestacional, os resultados foram apresentados segundo as semanas obstétricas, de acordo com a idade gestacional do exame de ultrassom: no primeiro trimestre eram 16 gestantes, 32 encontravam-se no segundo e 32 no terceiro trimestre da gestação.

Identificou-se que a maioria (64) eram gestantes no segundo e terceiro trimestres gestacional, neste período o intervalo entre as consultas é menor, conforme recomendações do Ministério da Saúde; minoria das gestantes está no primeiro trimestre revela um dado preocupante considerando que existem usuárias postergam o início o atendimento pré-natal, dificultando a detecção precoce de intercorrências gestacionais.

Outros autores observaram que apesar do aumento da cobertura pré-natal, nesse cuidado apenas 53,9% das gestantes iniciaram o pré-natal antes das 12 semanas de gravidez (MS, 2006; 2012; DOMINGUES et al., 2015).

DADOS OBSTETRICOS: NÚMERO DE ABORTOS

Quanto ao número de abortos identificou-se que a maioria (62 entrevistadas) relatou não terem tido nenhum aborto; 11 grávidas vivenciaram um aborto na primeira gestação ocorrido no primeiro trimestre gestacional e sete relataram dois abortos espontâneos no segundo trimestre

causando preocupação em relação as futuras gestações. Duas gestantes relataram como causa do aborto a situação de violência praticada pelo parceiro e uma relatou intercorrência clínica durante a gravidez que desencadeou o aborto, procurou o serviço de emergência obstétrica, sem sucesso, ocorrendo o aborto.

Embora, os dados demonstrem uma maioria de gestantes sem aborto prévio, a quantidade de mulheres que sofreram um e dois abortos são bem próximas, o que reafirma os achados na literatura acerca do histórico de aborto prévio como fator de risco para as gravidezes subsequentes. Além disso, deve-se investigar patologias e alterações genéticas nos progenitores, já que a recorrência é um indicativo de que o aborto não foi esporádico, de modo a evitar um novo aborto (FRANCISCO et al., 2013; MATTOS, 2015).

5.2 AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

A autonomia da gestante na escolha do tipo de parto Os relatos revelam que as experiências bem-sucedidas contribuem para a autonomia e podem motivar a gestante a escolha do tipo de parto. Uma participante referiu sua prioridade para o parto normal:

É que no Japão eles optam pelo parto normal, a cesárea é só caso de emergência, mesmo, aí eu tive o segundo e a terceira com trinta e sete semanas só o mais velho que passou um pouquinho, nasceu com quarenta semanas, era para ser no dia oito e nasceu no dia 13 de maio (E, 34).

Já, outras gestantes fizeram considerações descrevendo o prazer vivenciado no parto normal:

Porque para mim o parto normal foi tão bom, se você não se cuida, vai se privar deste prazer, de ver aquela coisinha ali

nascendo e na hora a médica levantar ali e te mostrar a carinha ali e você saber que acabou de sair você, quero a qualquer custo novamente parto normal, já disse e vou continuar a dizer (E, 6).

Vou te dizer com toda segurança, eu sabia assim como era o parto normal e até quando eu fiquei grávida do meu filho, eu falava: eu quero ter parto normal, eu quero saber como é que é? Eu quero ter essa experiência também! Eu acho que eu aconselharia todo mundo a fazer parto normal, é a melhor coisa que tem, é muito mais gratificante! Vale a pena (E, 56).

Os dados deste estudo, corroboram com outros estudos, Velho, Santos e Collaço (2014) revelam que a experiência do parto natural se constitui como um desafio para a mulher, mas são superados pelos sentimentos envolvidos nesse processo. Segundo Barbosa (2013), a dor sensação intrínseca ao trabalho de parto normal foi percebida como secundária diante da emoção, segurança e tranquilidade vivenciados por usuárias que receberam um atendimento humanizado e com a presença do acompanhante. Além disso, o parto normal foi considerado como oportunidade única de autoconhecimento e superação (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

Também, os dados revelaram outros fatores que influenciaram a escolha do parto normal. Os discursos revelam a favor do parto normal por considerarem a recuperação pós-parto, o medo da analgesia e complicações da cesariana, preocupação com a estética e retomada da vida sexual foram favoráveis à opção pelo parto normal.

Eu quero tentar parto normal, estou me preparando para isso, estou fazendo atividades físicas voltadas para isso, e descobri uma médica que gosta, defende, pois é estou na preparação se Deus quiser sem analgesia sem episiotomia (E,43).

Eu quero normal para ter mais tempo de cuidar da criança né, porque quando é parto cesáreo tem que ficar de repouso, no

normal não, a recuperação é rápida e é bom que você fica 100% cuidando da criança, fora que não fica precisando dos outros para fazer tudo pra você, você participa, faz as coisas (E, 18).

Quero normal porque tem a dor, falam da dor da morte, mas é uma dor que você suporta, depois você já tá andando, de boa, cesáreo não, eu já fiz cirurgia da vesícula eu sei como é, eu fiquei uns quinze dias sem meche direito (E, 65).

Normal, porque a recuperação é mais rápida, a minha foi tranquila não senti nada, depois que ganhei a outra criança já estava andando e comparando, as mulheres que eu vi que teve cesárea, Deus me Livre (E, 69).

Há eu queria que fosse normal. Por que eu acho que a recuperação é mais rápida sei lá. Acho que a dor é uma dor mais rápida entendeu, pelo que eu já pesquisei (E, 52).

Antes mesmo de eu ter a criança eu sempre falei, senhor eu quero ter essa criança normal, eu oro por isso, quero parto normal que seja feita a vontade Dele, se não for também to preparada pro cesáreo, que as vezes, não depende do meu querer, depende da situação do neném, mais a questão mesmo e porque você vai sofrer na hora, vai sentir dor, não tem como você não sentir dor, porque vai dilatar, abrir, mais e uma coisa que depois você sofre a dor, neném sai, aí acabou, e outro tipo de recuperação. Eu leio muito, vejo muitos vídeos, eu tenho alguns blocos de maternidade eu sempre to olhando (E, 62).

Identificou-se que as mulheres conseguem perceber os benefícios do parto normal em relação a cesárea, sem ignorar as dificuldades relacionadas ao parto normal, assim como os riscos envolvidos ao processo cirúrgico, o que também foi verificado por Velho, Santos e Collaço (2014). Além disso, a busca por informações acerca da via de parto, independente de qual seja associado ao diálogo com os profissionais de saúde corroboram para maior satisfação e autonomia da mulher.

As opções por parto vaginal ocorreram por causa dos menores níveis de dor no pós-parto, da recuperação mais rápida, do retorno breve de suas atividades diárias e do maior protagonismo vivenciado pela mulher.

Estes dados coadunam com estudos dos níveis da dor constado por Mattos, Vandenberghe, Martins, (2014).

Alguns discursos mostram o desejo das gestantes dar à luz por parto normal, e descrevem situações e benefícios que são favoráveis acerca do parto natural:

Falam que o parto normal é um parto mais saudável, sempre quis saber sobre o parto normal, da cesariana não, agora que eu estou começando a buscar um pouco mais, saber ainda mais dos benefícios do parto normal (E, 33).

Você tem aquela sensação de ter o contato com a criança assim que nasceu, acariciar, beijar, ver que é seu e de já estar no seu colo, o contato na hora... só o parto normal pode dar isso... e isso é muito bom! (E, 7)

Quero parto normal, por questão mesmo de saúde, depois, eu sempre fui a favor de normal, é eu sou um pouco mole para corte, essas coisas... eu já fiz muita cirurgia muita coisa... e eu acho que é o melhor no parto normal, até estou fazendo hidroginástica, agora parei, mais estou fazendo exercício específico, para induzir, ela já está encaixada, já na posição certinha pra ter parto normal, se não for pra ter normal e se Deus não permitir mesmo. Mais eu quero ter normal, eu sou muito contra o parto cesáreo (E, 62).

Os dados apresentados corroboram aos achados na literatura a respeito do parto natural é o mais eleito pelas mulheres devido a rápida e melhor recuperação e retomada das atividades diárias, aos sentimentos envolvidos e experiência anterior satisfatória (HOPKINS, 2000; OSIS et al., 2001; POTTER et al., 2001; BARBOSA et al., 2003; DIAS et al., 2008; DOMINGUES et al., 2014; CARNEIRO et al., 2015)

Os discursos das gestantes expressaram a questão do medo e a dor durante o parto normal, as colocações feitas ilustram de maneira significativa o medo da dor e complicações com relação ao parto, especialmente, as falas fazem comparações entre o parto normal e a cesariana:

Comecei a sentir dor, muito dor, mais nas costas, eles faziam o toque mais não dilatava, aí esperou o segundo dia, não dilatou nada, aí no terceiro dia tinha dilatado, colocaram em mim aquele soro, e tudo, me levaram para sala de parto, mais não foi aquela força que coloquei sozinha, eles puxaram com aquele ferro (fórceps), e o outro subiu em cima de mim. Nem com ferro (fórceps), nem com nada, tanto que o parto foi feito no ... (hospital público) e foi a maior dificuldade, pelo tempo que fiquei cortada, entrei em hemorragia, aquela bagunça toda, aí depois que tirou ele, eu voltei, sai de dentro do quarto era três e cinquenta e voltei para o quarto sete e quarenta da noite, foi muito traumático esta experiência, não quero saber nunca mais de passar por isso, agora quero de vez cesariana e com anestesia diretamente (E,47).

Já, tive um filho normal, de besta, não sabia o tamanho da dor.... (E, 61).

Assim, o parto normal é bom para uma coisa, a gente ganha o neném, passa mal hoje, mas amanhã a gente está melhor, porém se for sofrer igual sofri no meu primeiro parto que foi normal, eu prefiro cesariana (E, 47).

Os dados mostraram o medo como um fator que contribui de maneira significativa para o aumento do número de cesáreas. O temor, materializado nas falas das gestantes, estão presente durante o ciclo gestacional, chegando até o momento do parto.

Em consonância com a literatura, a tríade de medo-tensão-dor relacionado ao parto influenciou na preferência pelo parto cirúrgico.

Segundo teoria do Dr. Dick-Read, em 1955, a parturiente experimenta a tríade da dor no parto: medo-tensão-dor durante o trabalho de parto, para amenizar é importante conduzir o processo parturitivo em ambiente natural de forma adequado para evitar stress à parturiente. Neste sentido, deve assegurar à mulher durante o parto ser assistida com respeito, mantendo a privacidade para se sentir confiante e acolhida e não a submeter a procedimentos desnecessários.

A dor como determinante para classificar a experiência negativa prévia de parto e a cesariana entendida como melhor forma de dar à luz um

parto rápido e indolor, somando-se o papel atribuído por profissionais de saúde e o sentimento de submissão da parturiente contribuem para preferência e aumento da cesariana, no Brasil (FREIRE; NUNES; ALMEIDA, 2011; OLIVEIRA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2014).

Os motivos que levaram as mulheres nulíparas e primíparas a optarem por cesariana, teve como expectativa vivenciar um parto sem dor, que possa ser rápido e com tempo pequeno de internação hospitalar com vistas a alcançar o objetivo da rápida recuperação materna e bem-estar do recém-nascido.

Eu queria cesárea para não doer muito, mais é melhor o parto normal, é mais rápido, para não ficar dependendo das pessoas no pós-parto com corte, infecção e outros problemas que surgem. Porque é muito sofrimento, por ser meu primeiro parto, eu tenho muito medo de não dar conta de ganhar (E, 46).

Quero parto cesário porque não quero sentir dor (E, 3).

Se for da vontade de Deus vai ser cesárea, sei que normal e mais seguro faz bem, mas eu opto por fazer cesárea que a minha primeira cesárea, por mais que tenha passado mal, eu achei muito melhor (E, 6).

Quero cesáreo pelo meu histórico, porque no meu primeiro queria normal, pelo meu histórico escolho cesárea (E, 27).

Cesáreo, sem duvida. Tentei tanto o normal, não deu, aí agora eu não quero nem tentar, quero cesáreo já (E, 33).

Ah, para mim e cesáreo porque nem tenho a curiosidade de saber da dor do parto normal (E, 36).

Cesáreo desde o início, morro de medo da dor do parto normal, assim eu acho que deve ser mais tranquilo, num sei, posso estar errada, mas eu quero cesáreo (E, 40).

A preferência pelo parto cirúrgico dentre as mulheres em sua primeira gestação está relacionada à insegurança e medo da dor, é observado a nível mundial como um dos principais fatores apontados como influenciador na escolha pela cesariana. Outro fator de preferência na

maioria das multíparas com histórico de cesárea prévia por repetir a experiência da cesariana (POTTER et al., 2001; NIH, 2006; GAMBLE et al., 2007; WEAVER; STATHAM; RICHARDS, 2007; DIAS et al., 2008; PANG et al., 2008; FUGLENES et al., 2011; DOMINGUES et al., 2014).

Os dados deste estudo ratifica achados de outros estudos que afirmam muitas gestantes tem conhecimento das vantagens e desvantagens associadas aos dois tipos de parto, mas a escolha está relacionada a individualidade, de modo que as depoentes favoráveis a cesárea demonstram que a decisão foi condicionada pela opção de um parto mais rápido e cômodo, com vistas aos benefícios físicos proporcionados (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Também, identificou-se apreensão com o nascimento saudável do filho associada às preocupações decorrentes da gestação, fatores que contribuíram na opção pela via de parto vaginal. As gestantes consideram o parto normal é melhor, essa crença geral é difundida na sociedade, principalmente, no grupo social no qual a gestante se encontra inserida.

Bom, do meu primeiro filho eu senti muita dor também né, eu comecei a passar mal das seis da manhã até meia noite, contração dor, contração o tempo todo, vai e volta, aí até que eu não aguentava mais eles pegaram e aplicaram anestesia em mim, a anestesia só pegou de um lado, aí eu falei que estava doendo do outro lado, aí eles colocaram o soro do outro lado que doía, dizendo eles que estavam pondo outra anestesia no soro, aí parou de doer o outro lado também. Eles falaram que iria nascer as duas horas da manhã e eu fiquei fazendo força, porque como eu não estava sentindo dor, eu fiquei fazendo força com medo da neném morrer, aí o pai da neném olhou assim e viu a cabecinha saindo, pegou e chamou eles correndo, já era meia noite e pouquinho, aí tiraram ela se não ela teria morrido né (E, 79).

A escolha da gestante que busca segurança para seu bebê, conforto e proteção para si própria. A decisão da gestante é baseada em questões

intrinsecamente pessoais, como a própria tolerância à dor, sentimentos de alegria, ansiedade, angústia, medo e experiência anterior, grau de aculturação, segundo a visão de OSAVA (2011), Logo, a decisão pela cesárea não é apenas uma decisão médica, mas uma opção da gestante, o depoimento mostra:

Já tive uma cesárea, essa agora vou de cesáreo novamente, no primeiro eu optei pelo cesáreo, não quis tentar o normal, mas não teve nenhuma intercorrência, eu optei porque tenho muito medo do parto normal, me dá uma angústia só de pensar nas contrações, aquele sofrimento, sou muito ansiosa, fraca para dor, lá em casa nenhuma das mulheres, mãe, e irmãs tiveram parto normal, esta na nossa cultura fazer cesariana (E, 67).

É o seguinte, o meu médico no meu primeiro parto, antes dessa agora que estou gestando me disse que já queria o parto marcado, ele diz que é um parto avançado, moderno e seguro, mas uma semana antes eu comecei a sentir a barriga endurecendo e tive um pouco de sangramento, aí já liguei para meu médico e ele mandou eu ir e já fez o parto deu tudo certo, ele nasceu rapidinho e foi tranquilo, agora dessa daqui eu vou querer cesariana novamente (E, 77).

Silva (2011), em seus estudos afirma, enquanto a maioria dos autores concorda que a cesárea deve ser rejeitada quando não existe uma indicação médica, por implicar maior risco de complicações para mãe e filho, outros médicos dão preferência ao parto cesáreo em qualquer circunstância, baseados na suposta segurança fornecida por novas técnicas de anestesia e aprimoramento da técnica cirúrgica, conforme relato da depoente.

Em relação ao parto, os dados revelaram que as vivências anteriores de parto foram decisivas na opção do tipo de parto na atual gravidez.

Os dados deste estudo corroboram com outros autores que afirmam as ansiedades e angústias ou até mesmo o medo da dor e da morte; temor de dano ou destruição do canal vaginal; passado obstétrico pregresso; o anseio da laqueadura; o uso das altas tecnologias; a carência de

informações; concomitantes, bem como os aspectos físicos, emocionais, afetivos e sexuais atuam como fatores restritivos ao estabelecimento de um processo que motiva a verdadeira autonomia e acima de tudo a dignidade das mulheres, (TEDESCO et al., 2004; GRIBOSKI; GUILHEM, 2006; SILVANI, 2010; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

A respeito da indecisão da gestante, houve depoentes que não souberam afirmar sua opção de parto. Embora, tivesse medo de não conseguir parir, a cesariana seria apenas por medo do parto normal, veja os relatos das depoentes:

Eu tenho medo de na hora do parto, eu não conseguir ter força. [...] dizem que tem que fazer muita força, hoje, só de fazer as coisas de casa, levantar uma cadeira e carregar uma sacola de compras, eu já fico cansada eu não tenho força. Então, meu medo é esse, na hora ali eu não conseguir aguentar, sei lá e alguma coisa assim acontecer (E, 24).

A cesárea já é mais complicada, é bem difícil à cesárea, a recuperação e tudo também. Na cesárea você pode pegar uma infecção hospitalar, como eu peguei então a cesárea é muito complicado, eu já tinha aquele medo, entendeu? A cesárea foi um trauma pra mim (E,17).

Todo mundo fala que a cesariana é mais perigosa, pode pegar infecção e sair morta do hospital - aí nem eu e nem meu filho (E, 12).

A cesariana é muito mais complicada, o corte é muito grande e tem risco de aderência, o ponto pode infeccionar, complicado demais, na minha primeira deu isso tudo, quando penso que pode acontecer de novo me dá um frio na barriga (E, 4).

A insegurança vivenciada por essas gestantes é considerada comum nesse contexto, especialmente em primigestas ou aquelas com histórico negativo relacionado ao parto vaginal. O profissional deve oferecer apoio psicológico nesses momentos, visando auxiliá-las na superação de seus medos e ansiedades. Além disso, a orientação relacionada aos métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor e podem

auxiliar no aumento da autoconfiança da gestante em lidar com o processo de parturição (NIH, 2006; GAMBLE et al., 2007; PANG et al., 2008; DOMINGUES et al., 2014). O que pode ser evidenciado pelo discurso a seguir:

Agora é cesáreo, porque já foram dois então já é indicado uma cesariana, mas a primeira gravidez queria ter tido parto normal só que passei um trauma. Na segunda optei por cesariana com medo mesmo de perder minha filha, porque o primeiro já estava quase perdido, por causa da falta de acompanhamento, o segundo, você vai pagar pra ver? (E, 48).

Os discursos revelaram que o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e psicológico, dados que se legitimam com outros estudos. O medo, a tensão e a dor das parturientes impedem o processo fisiológico do parto normal, o que acarreta em práticas intervencionistas, que na maioria das vezes poderiam ser evitadas (OMS, 1996).

No Brasil, o MS desde o ano 2000, preconizou condutas de assistência ao parto e nascimento humanizado. Entretanto, o atendimento no modelo biomédico ainda persiste com intervenções desnecessárias, muitas vezes invasivas: restrição de posição para parir, soroterapia, toque vaginal excessivo, indução do parto por ocitocina ou misoprostol, episiotomia e Kristeller, condutas não consideradas boas práticas, pois torna o parto perigoso, doloroso e traumático, favorecendo as mulheres a optarem por um parto cesáreo (BRASIL, 2000; DINIZ; CHACHAM, 2006).

5.3 OPINIÕES DO PARCEIRO E FAMILIARES

A família é um dos elementos que modula tradições culturais, valores éticos e morais, que são transmitidos de modo intergeracional por meio de crenças, ritos e mitos, com significados e significantes, os quais contribuem na estruturação do universo psicológico de seus membros e nas escolhas do modo de vida (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

Neste estudo, os resultados indicam que a preferência inicial pelo parto vaginal está relacionada, entre outros fatores, à bagagem cultural das entrevistadas, na qual se inserem vivências pessoais, experiências e histórias familiares. Cabe lembrar que a cultura organiza o mundo de cada grupo social segundo a sua própria lógica, tratando-se de uma experiência integradora, formadora e mantedora de grupos sociais que compartilham e comunicam suas formas, princípios e valores culturais (LANGDON; WIJK, 2010)

Miranda (2008) afirma que as crenças, valores, sentimentos, percepções e representações sobre o parto são resultantes da influência de fatores psicológicos, sociais e culturais.

Na análise dos conteúdos, identificou-se que inicialmente a gestante pensava em optar pelo parto vaginal, por reconhecê-lo como a melhor para mãe e para o bebê:

Se eu pudesse escolher, eu gostaria de escolher parto normal, porque todo mundo diz que é um parto muito bom, que você sofre na hora aquelas dores e depois, dizem, que é mesma coisa que nada tanto para eu e para o bebê (E,12).

Outro fator que interferiu na preferência da parturiente quanto à via de parto relaciona as interações do ambiente familiar, muitas se processam durante a gestação e com participação significativa dos pais da gestante:

Conversei com meus sogros e com a minha mãe. Minha mãe influenciou um pouco, porque não queria que eu esperasse para ter parto normal e que eu fosse ter lá no hospital particular Y, porque não se sabia como ia decorrer. Ela disse que é melhor fazer cesárea e falou que o parto normal é mais sofrido, que sofria bastante (E34).

No primeiro filho, meus pais influenciaram o parto normal, tinham medo de cesárea, do corte e da recuperação. Como eu era novinha e fiz exame de toque e deu para ir, eu fui. Eu tinha entrado em trabalho de parto, não dava tempo de fazer mais nada. Mas foi por causa do pai e da mãe (E11).

A análise dos conteúdos demonstrou que a influência materna é muito significativa na escolha da via de parto pela gestante, o que é consonante com os achados na literatura que enfatizam que a usuária é cercada de vivências e experiências, valores e crenças que modelam suas escolhas ao longo da vida, inclusive a decisão do tipo de parto, onde a figura materna exerce maior influência (LAGOMARSINO et al., 2013).

Duas entrevistadas mencionaram que sua preferência não sofreu interposição de quem quer que seja e que se submeteram ao parto vaginal por desejo próprio, contrariando sua rede de relacionamento social:

A decisão foi minha, não deixo ninguém me influenciar, sou esclarecida, e não sofro influência de ninguém, apesar da minha mãe e pai acharem melhor a cesariana. Já consultei meu marido e meu médico. Vamos fazer vaginal e com um enfermeiro de atendimento domiciliar (E, 79).

Também, realça-se a valoração da tradição familiar da mulher que dá à luz seus filhos por parto vaginal.

Minha avó teve 12 filhos de parto normal, minha mãe teve oito filhos de parto normal e todos na fazenda no interior do Maranhão, porque será que eu não posso ter um filho também de parto normal? Claro que vou dar conta, sei que minha avó me dizia que para parir um filho tem que ser muito mulher, não é para qualquer uma. Afinal eu sou nordestina e guerreira. Vou dar a luz de parto normal para honrar minha avó e minha mãe (E46).

Evidenciou-se que as entrevistadas são cercadas de histórias que enfatizam, potencialidades e fragilidades do parto vaginal, vivido por seus

familiares e outras pessoas sem vínculo biológico. Apesar de algumas carregadas de experiências negativas, elas referem ter desejado, inicialmente, o parto normal, embora esse nem sempre tenha ocorrido, por diferentes motivos, sejam eles psicológicos, clínicos, obstétricos ou de outra natureza, vejam as falas:

Olha, minha irmã teve uma facilidade para parir, sempre foi parideira, dos 3 filhos, todos parto normal, eu também já tive dois, também sou parideira, nunca precisei de fazer cesariana (E, 56).

Minha mãe pariu oito normais, o meu primeiro irmão foi difícil o segundo para frente ela não sofreu, tudo muito tranquilo, eu também fui assim, o meu primeiro foi difícil, quase morri, pois me puseram aqueles ferros (fórcipes) horrível, aí minha mãe não queria que minha segunda filha fosse de parto normal, porém decidi que seria, não queria aquele corte na barriga... deu tudo certo, agora vamos ver o da terceira, quero normal de novo (E,16).

Nessa gestação estou pensando seriamente em fazer uma cesárea. Não que eu possa te dizer que a cesárea seria melhor, porque minhas amigas, todas elas sentiram que parto foi muito mais simples, entendeu? Mas o fato de eu ter sofrido tanto, de ter passado tanto tempo lá, entendeu? Me levaria a pensar em fazer uma cesárea já, antes de passar por tudo aquilo... que olha, foi... foi terrível. Não gostaria de passar por isso novamente, vou seguir o conselho das minhas amigas que também já viveram os dois tipos de parto (E, 22).

Eu pensava na cesárea como a solução de um problema, entendeu? Sempre fui influenciada pela minha família, saque que minha prima disse que nunca faria parto normal, ela quase morreu, deu muita complicação. Não pensava como o parto normal que é aquela coisa natural, eu já pensava como a solução de um problema que tenha no parto, tanto com a mãe ou com o neném, porque vai ter que ser daquela maneira mesmo. Para não me arrepender vou seguir o conselho da minha prima que é como uma irmã para mim (E, 21).

Identificou-se que as preferências pela via de parto são determinadas pela interpretação e os significados que as mulheres dão as experiências de outras mulheres de seu grupo familiar e de convivência, as histórias que originam delas se, bem como as suas experiências prévias:

O primeiro foi tudo normal o do meu irmão que foi o segundo, foi terrível. Ela teve parto induzido, foi bem sofrido, porque não teve

dilatação. O bebê ao invés de descer ficou alto e não teve jeito (E,19).

Minha irmã teve cesariana, ela acha que na cesárea, como você fica anestesiada, tu não sentes nada. O problema da cesárea é que a gente não vê nada, tanto que quando o meu bebê nasceu, eu não vi se ele estava sujo, se estava limpo, como é que estava? Então, você fica deitada ali e tu não tem noção de nada (E, 9)

Algumas gestantes afirmaram que tinham o costume de buscar a literatura como uma fonte de informação. Estes dados se coadunam com estudos de Pereira, Franco e Baldin (2011), que constataram que os altos índices de cesárea no Brasil podem ter como uma das causas a desinformação das mulheres. As gestantes que buscam orientações por meio da leitura consideram que a informação reduz o medo, porém transmitem a impressão de que as leituras não esclarecem totalmente em questões específicas da evolução do trabalho de parto.

As gestantes acerca da fisiologia reprodutiva e processo parturitivo constroem a lógica do processo, onde a mulher detém a capacidade de dominar seu próprio corpo. No entanto, potencializam a crença de que o parto normal com intercorrências poderá ser danoso à saúde da mãe e do filho. Assim, fica configurado uma relação de confiança e segurança exclusiva nas orientações realizadas pelo profissional médico, e também a prestação do serviço quando este configura uma cesariana com dia e horário marcada (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

5.4 INFLUENCIA DOS PROFISSIONAIS NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL

O pré-natal se constitui como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente

os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto (MS, 2012).

A assistência ofertada às gestantes durante o pré-natal busca acolhê-la desde a confirmação da gravidez até parto e puerpério, com o objetivo de acompanhar e evitar complicações materna/fetal. Contudo, para que o atendimento seja realizado, as gestantes precisam ter consciência da importância deste serviço e procurá-lo logo após a descoberta da gestação (MS, 2012).

No processo de decisão pela via de parto o pré-natal se configura como fundamental propiciar o momento ideal para ser discutidas questões referentes ao momento ideal para internação hospitalar e as práticas benéficas a serem adotadas no trabalho de parto e parto. O esclarecimento podem fortalecer a decisão da mulher pela via de parto, assim como aumentar sua autoconfiança relacionada a habilidade de parir (GAMBLE et al., 2007; DOMINGUES et al., 2014).

Teoricamente, no pré-natal os profissionais de saúde desenvolvem ações educativas acerca da via de parto, apresentando as diferenças entre parto vaginal e cesarianas. Além disso, é importante o apoio emocional, a fim de garantir à mulher o bem-estar durante a gestação, parto e puerpério; bem como contribuir para reduzir a ansiedade, a insegurança e o medo do parto.

Conforme se constatou em relatos, as depoentes durante as consultas de pré-natal dialogarem com enfermeiros e médicos acerca do tipo de parto, alguns profissionais falam a favor do parto normal.

A consulta do pré-natal me ajudou muito a decidir. Já, tive uma cesariana, mas depois de um parto normal bem feito, tudo o que

conta é a experiência eu acho, eu falo assim, minha irmã está grávida de seis meses, aí eu falo que o parto normal é maravilhoso..., é tudo, acho que mudou a minha experiência, depois de um parto normal. Somos as duas grávidas, tudo de bom, com certeza todas terão parto normal (E, 9).

Assim, desde as primeiras consultas o enfermeiro e os médicos falam do parto normal, eles sempre falam né, é um parto mais saudável, sobre cesariana eu quase não conheço, eu quero tanto ter o parto normal que sempre buscava saber só sobre ele. Não quero nada de intervenção, sou nova, e vou dar conta, quero o parto na água, minha amiga fez esse parto lá na maternidade Dona Iris, foi com a enfermeira, a água ajuda a diminuir a dor, ela disse, agora que eu estou começando né a buscar e ler um pouco mais sobre ele, por que estou com vontade de fazer e meu marido está dando todo apoio (E, 55).

Sim, minha médica no pré-natal já falou sobre o parto, as opções que existem. Ela me disse também se a gente quiser cesariana é possível fazer caso seja necessário, e também não é um bicho de sete cabeças, mais fala da importância do parto normal, para a criança é o melhor tipo de parto, a gente conversa muito sobre isso e eu ter minha participação no parto, isso faz diferença e não abro mão (E, 43).

Os dados identificados neste estudo, corrobora com Prates, Silva e Campelo (2014) que também ressaltam a importância do apoio profissional em saúde para a decisão da mulher pela via de parto enfatizam que é no pré-natal que os profissionais exercem papel fundamental de educadores, especialmente sobre a escolha do tipo de parto, e devem apoiar a mulher em sua decisão, esclarecendo sobre as vantagens e desvantagens de cada um. Entretanto, verificaram a ausência desse apoio nas participantes da pesquisa, o que também ocorreu com este estudo, percebido nos seguintes depoimentos:

Não recebi nenhuma orientação, a hora que eu disse para o médico que eu queria cesariana ele aceitou e falou que mais no final da gestação a gente conversaria sobre data. Não é nem enfermeira nem médico, nunca ninguém falou nada sobre o parto normal, as vantagens e desvantagens não (E, 77).

Não fui orientada, só me falou que o parto normal é o melhor que tem, só isso (E, 42).

Ainda não fui orientada porque o médico só passa exames pra mim fazer (E, 6).

Então, infelizmente a maioria dos médicos são contra parto normal, né, que eu acho que eles não ganham muito [...], mas assim minha médica nunca foi contra, ela sempre fala que não dou conta, que não vou da conta porque ela me conhece. Ela fala que é mais prático o parto cesáreo, porque marca vai lá e tira e acabou, e o parto normal já vem colocando medo na gente, o plantonista que recebe a gente, mas claro que quando for a hora ela vai lá, e tudo, mas assim ela nunca foi contra de falar, ah não faz não, ela deixou sempre minha escolha, mas eu sei que se for por ela escolher, queria cesáreo (E, 62).

Constatou-se gestantes insatisfeitas quanto à falta de acolhimento e escuta durante o atendimento pré-natal. Os discursos revelam que as ações de orientação são conduzidas apenas por uma categoria profissional de saúde, na verdade não encontram abertura para discussão acerca das experiências como forma de apoderar a gestante na escolha para o tipo de parto.

Identificou-se nas falas que as informações/orientações dos profissionais durante o pré-natal acerca das indicações reais da cesariana, os benefícios e desvantagens de cada tipo de parto associados ao avanço tecnológico são escassas ou não são esclarecedoras. A falta de informação da gestante caracteriza a persistência de um modelo assistencial biomédico determinante na ascensão do parto cesáreo (MS, 2000).

Ainda no que diz respeito às informações durante as consultas no pré-natal, os depoimentos revelam que muitas dúvidas não foram esclarecidas e informações consideradas importantes não foram mencionadas:

Então, o meu médico me disse que está mudando a lei do parto e a gente só pode dar entrada no hospital quando tiver em trabalho de parto, tem que fazer a tentativa de normal, só em último caso quando ele constatar que não há como mesmo jeito. Eu tenho que assinar um termo de responsabilidade assumindo os riscos da

cirurgia, e ele tem que especificar, justificar, alguma coisa porque foi feito parto cesariana, se for cesariana. Ele me deixou bem consciente que a primeira opção será de parto normal, não tenho escolha, pelo menos eu não sei se já mudou a lei, ou está mudando, mais..., eu quero cesariana, quero marcar na maternidade, mas não tem mais jeito por causa da lei (E,68).

Eu não recebi ainda nenhuma informação sobre o parto, nada sobre isso, olha que estou com 33 semanas de gestação (E, 73).

Não na verdade a gente é questionada o tempo inteiro, porque não fazer parto normal, na verdade não tem o que se questionar, depois que você faz a primeira cesárea para que você vai sofrer, eu queria na primeira não deu (E, 74).

Não, nenhum médico me orientou, nenhuma orientação mesmo, só por minha conta mesmo, fui ver vídeos, pesquisei na internet, leio muito sobre os tipos de parto, todos os livros falam que o parto normal é melhor... nenhum profissional me orientou a nada no pré-natal, só ficam presos a olhar exames e muito rápido (E, 80).

Os relatos revelaram que no pré-natal a assistência clínica, as informações mostram influência médica no tipo de parto e sua opinião pode ser determinante na formação de opinião da gestante:

O meu médico preocupa muito, gosto muito dele: ele me disse que se eu quisesse ter parto normal não tinha problema nenhum, só que eu ia sofrer um pouco, pois segundo ele meus ossos não são bons para o parto. Aí eu disse, que se for para eu ter normal e sofrer muito, eu não quero, prefiro a cesárea. Ele falou: A cesárea se você quiser, a gente pode marcar amanhã, aí eu me tranquilizei mais (E, 18).

Durante o pré-natal, alguns profissionais orientaram as gestantes acerca dos tipos de parto e estimular a gestante a avaliar os riscos e benefícios da cesariana em relação ao parto normal, informando risco e comprometimento a saúde da mãe. Outros autores ressaltam que o aconselhamento a gestante deve vir acompanhado do respeito de suas necessidades pessoais e valores culturais, de modo a envolver no processo reprodutivo e favorecer seu bem-estar psicossocial (NIH, 2006; VILLAR et al., 2006; MILLER et al., 2013; DOMINGUES et al., 2014).

Os discursos revelam que as gestantes utilizam como referência as experiências advindas de profissionais que trabalham na orientação e no campo da humanização do parto e nascimento, orientando quanto ao tipo de parto, estabelecendo relação de confiança entre equipe e paciente na unidade de saúde durante a assistência pré-natal.

Eu confio muito no Doutor... pois ele me passa segurança, me fala tudo claro que o que ele mais gosta da cesariana é a comodidade, tanto para o médico quanto para a família e para a mãe (gestante). Eu marco a hora, vou lá, daqui a dois, três dias já saio. Tudo de bom, eu acredito que temos que facilitar e ele também, que é a possibilidade de programação, tanto para mim quanto para ele que é meu médico, essa vida da gente é tão corrida, sou professora e acredito que tem que ter tudo agendado. Não podemos confiar no serviço público, que eu vou chegar lá e vou ter um leito. Eu acho assim (E, 79).

Perguntei ao médico sobre a infecção e as complicações relacionadas à cesariana, ele me disse que isso pode acontecer e que ele faz antibiótico para evitar, antes de ir pro centro cirúrgico, que ainda é mais seguro que o normal. No meu último parto tive muita dor de cabeça, que eu tive que voltar para a sala de cirurgia, para eles injetarem sangue, um sangue na minha espinha, porque eu sentia uma dor de cabeça muito grande, não conseguia nem levantar da cama, mesmo assim ele me convenceu que o parto cirúrgico é bem melhor que o normal. Morro de medo do meu bebê morrer no parto por falta de conhecimento do médico, então vou fazer o tipo de parto que o profissional achar certo na hora que eu estiver lá no hospital (E, 2).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro em 2014, em maternidades públicas da capital, mostrou que durante a gravidez as mulheres daquele município mudam de ideia qual o tipo de parto que querem. O estudo revelou que apenas 30% preferem a cesariana, mas no momento em que chegam a maternidade este número pode chegar a 70% e apenas 10% acabam por ter um parto vaginal. O medo da dor é o principal motivo inicial para querer cesariana, um fator importante para as mulheres que mudam de opinião durante a gravidez. (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014; WEIDLE

et al., 2014). Esta realidade, também foram relatadas por depoentes deste estudo.

Parto normal é a forma natural, disse o meu médico agora na consulta, eu também acho que é a forma mais natural possível de ter filho, o pensamento do médico é o mesmo do meu, batemos na mesma opinião, porém pode mudar quando eu der entrada na maternidade, vai depender de tudo o que aconteça lá (E, 45)

Fui a uma consulta no mês passado antes de vir aqui no CAIS, pois só conseguia consulta lá na minha região, comecei lá, uma enfermeira que me atendeu, bem novinha, parece que nunca teve filho, ela me disse que no parto normal a gente passa a ser mais mãe ainda, porque a gente sofre junto com o bebê para ele nascer e ajuda ele a nascer. Então, é uma força de dentro e uma força de fora, entre o bebê e a mãe, a gente se sente mais mãe depois do parto normal, a gente se sente mais mulher. Sabe que ela me convenceu! Agora vamos ver se vai dar certo também quando eu começar a dar a luz lá na maternidade, a minha vontade é essa... Agora seja o que Deus quiser e o que médico vai querer e achar melhor. Estou confiante (E,11).

Patah e Malik (2011), descreveram que o modelo adotado em determinado local exerce papel preponderante na escolha do tipo de parto, tanto pela parturiente quanto pelo profissional que atende ao parto. O modelo de assistência obstétrica é fator de extrema relevância na relação médico paciente, nos incentivos econômicos, na utilização de tecnologia médica e na realização de parto cesáreo, veja o relato da depoente:

Os meus três filhos foram sem opção de escolha. Não foi discutido no pré-natal, sempre com consultas rápidas, olhava os exames, só a ultrassom e dizia que estava tudo normal. Eu acho que o médico avalia se você pode ter um parto normal ou se você vai ter que fazer cesárea. Eu acho que é ele quem decide, na realidade, nunca fui consultada nos 3 últimos, e nesse agora já estou no fim da gravidez e nada de falar do tipo de parto, aí a gente é pobre, cai lá na maternidade publica Ai já viu... Manda quem pode e obedece quem tem juízo. Porque se você pode ser consultada quanto ao que quer, tranquilo. Os meus três partos foram sem opção de escolha mesmo. Espero que este eu tenha liberdade de escolher (E, 12).

Os resultados revelaram que as gestantes pesquisadas incorporaram novos conhecimentos que foram agregados, embora alguns profissionais reproduzam práticas obstétricas intervencionistas centradas no modelo biomédico.

Um estudo verificou que, sob a ótica das usuárias, que o médico exerce maior influência entre os profissionais de saúde durante o pré-natal, embora suas orientações sejam de assistência pautada no modelo biológico e limitada a solicitação de exames e avaliação obstétrica. As autoras (PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013) afirmam que essa abordagem contribuiu para a fácil aceitação de cesarianas desnecessárias

O modelo de assistência obstétrica vigente reconhece o médico como um responsável técnico no processo da parturição, e traz à tona o dilema do parto normal (modelo humanista) *versus* cesárea (modelo biomédico). Até certo ponto, o médico respeita a decisão da mulher se for o seu desejo consciente, porém, por ser um procedimento de domínio técnico, o médico acredita na via cirúrgica como o procedimento mais seguro de partear (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

A mulher, por sua vez, não tem claro que ela é a protagonista no processo parturitivo, diante do próprio medo, transfere responsabilidades para o médico. Abdica, assim, da autonomia que ela reivindica e aceita a ingerência técnica no processo fisiológico da parturição. Toda essa situação é extremamente subjetiva e sutil, envolvem sentimentos, características pessoais e socioculturais, transformados principalmente em medos e temores que fragilizam a mulher (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Estudo de Domingues, et al., (2014), demonstrou a influência do pré-

natal na escolha da via de parto pelas usuárias, comparou a escolha no início da gestação e o desfecho no parto e verificou que a grande maioria das gestantes atendidas na rede privada optou por cesariana e mantiveram essa decisão até o nascimento da criança. Por outro lado, grande parte das mulheres da rede pública escolheu o parto natural e não foram apoiadas nessa decisão até o término da gravidez, o que culminou no parto cirúrgico. Em ambos os setores foi observado a predominância de um modelo assistencial contrário ao parto vaginal e o qualifica como experiência dolorosa.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Neste estudo, evidenciou-se o medo da dor do parto como um fator preponderante na escolha da via de parir.

Assim, a dor se torna a matriz de todos os medos em relação ao parto fisiológico e nesse aspecto para alívio da dor as parturientes buscam cada vez mais a analgesia em instituições hospitalares. Ainda, a escolha por cesariana aparece fortalecendo a representação social e cultural de que a cesariana é a única via de superação do sofrimento e da dor, desconhecendo os riscos de intercorrências obstétricas e neonatais ocasionadas por essa intervenção cirúrgica.

A falta de informação e conhecimento acerca das vantagens do parto fisiológico influenciaram no desejo e preferência pela cesariana.

Constatou-se que alguns fatores próprios da gestante, como as experiências anteriores de parto positivas ou mal sucedidas bem como influências materna ou situações vividas por familiares, o diálogo com a sociedade e orientação profissional acerca do processo parturitivo exerceram importante papel para a prioridade na via de parto.

A maioria das mulheres optam por parto vaginal com a justificativa de que o mesmo favorece uma recuperação e cicatrização mais rápida, possibilitando um retorno precoce às atividades, e risco menor de complicações, quando comparado com o pós-parto da cesariana.

O referencial teórico e os resultados do estudo, mostraram que durante o período gestacional, em consultas de pré-natal falta informações a

respeito da fisiologia e tipos de parto, implicações na saúde da mulher e benefícios para a saúde do bebê. O apoio profissional médico ou enfermeiro apresenta papel relevante como educador em saúde, oferecendo apoio e segurança, como forma de empoderamento da parturiente para autonomia na escolha da via de parto para nascimento do seu filho.

O modelo assistencial medicalizado do parto em eventos anteriores o profissional médico detém a autonomia na conduta obstétrica onde gestantes e parturientes atoras passivas do parto, por falta de informações acatam as condutas que lhe são impostas.

A participação dos enfermeiros e médicos ainda é elementar nas ações educativas durante as consultas de pré-natal. Houve relatos de ambiente insipido para o diálogo acerca de questões pertinentes a evolução e condutas no processo gestatório, parturitivo e pós-parto. Ressalta-se que, fundamentalmente, as ações educativas são desempenhadas por enfermeiro e essas se mostraram incipientes para promover a autonomia da mulher.

Portanto, é fundamental capacitar e sensibilizar os profissionais em abordagens preconizadas na assistência humanizada ao parto e nascimento, visando condutas que sejam compatíveis com atenção baseadas em evidência científica acompanham o pré-natal, seja no serviço público ou privado. Visto que, neste estudo ficou evidenciado a falta de participação da equipe multidisciplinar no serviço público de saúde.

Vales ressaltar que a humanização do parto e nascimento parte do acolhimento e consultas pré-natais que incluem orientações e atendimentos dignos no período gestacional considerado como um período peculiar para a vida das mulheres e suas famílias.

Sendo assim, a discussão dos resultados encontrados, confirma a necessidade da revisão e do aperfeiçoamento dos programas de atendimento das nossas gestantes, em especial no serviço público, onde ocorreram grandes conquistas nas políticas governamentais, que avançaram para ratificar um atendimento de qualidade e eficiente para as mulheres que buscam a assistência integral ao nascimento e ao parto.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência integral à mulher no período gravídico-puerperal deve ser prioridade em nossos serviços de atenção básica. A assistência deve ser provida de informações para uma participação ativa da mulher em todo o período gravídico, visando a segurança na escolha do tipo do parto, uma vez que a escolha deva ser desprovida de tendências sociais e culturais ou facilidade, rapidez na execução técnica do profissional que a assiste.

Este estudo aponta a necessidade de mudanças importantes na maneira de pensar e agir de todos os envolvidos na dinâmica da assistência à gestante na rede de atenção à mulher no pré-natal. As informações da equipe de saúde são importantes para permitir as gestantes se tornarem protagonistas no processo de parir, como um direito constitucional de cidadã brasileira.

Ao longo dos tempos, o parto foi um evento natural fisiológico, mas na trajetória as condutas obstétricas transformaram-se em um procedimento técnico com procedimentos invasivos e, por vezes, desnecessários, tornando o parto vaginal em um ato desconhecido e amedrontador, ignorando-se a fisiologia humana desfigurando toda a grandeza do partejar e parir, sendo conduzido de modo conveniente aos profissionais da área obstétrica.

É necessário investir em ações e mecanismos na assistência à gestante e no parto, um momento sublime da mulher, que dará sequência à espécie da humana. Assim, o sentimento de medo não deverá sobrepor sua capacidade de parir, desconstruindo a natureza normal do nascer, transformando-o em um simples procedimento cirúrgico - o parto abdominal.

É importante salientar, que a maioria das mulheres entrevistadas, deixavam se manipular por medo do desconhecido, sofrimento de sentir dor no parto, por suas experiências negativas e relatadas por outras mulheres e aceitam o parto abdominal por ser culturalmente aceito em nosso lócus social.

A proposta deste trabalho foi identificar o que influenciava a gestante na escolha do tipo de parto, e conseqüentemente durante as consultas do pré-natal, as mesmas deixavam claro a dúvida que as acompanhava desde os primeiros momentos deste questionamento e que a orientação do profissional poderia contribuir qual seria a melhor opção, segundo a grande maioria das entrevistadas.

Dessa maneira, faz-se necessário a seguinte reflexão: se a cesariana está estritamente ligada a nossa cultura, de que maneira as campanhas de orientação acerca do benefício do parto vaginal ajudaria a desmistificar as dúvidas que ainda pairam nesse contexto?

Seria, também importante repensar os currículos para a formação médica, quanto à comunicação e orientação prestadas nos ambulatórios e consultórios, uma vez que os mesmos são formadores de opinião? Como a imprensa poderia contribuir na educação e na divulgação das evidências científicas sobre o parto e o nascimento natural?

Neste propósito, faz se necessário tomar ciência que no serviço público ou privado a importância da autonomia na escolha do tipo de parto compreendendo que a via vaginal representa o caminho fisiológico de nascimento, e essa via não pode ser desconstruída por força do medo ou por outros interesses que não seja a prioridade da saúde da mãe do bebê.

O parto abdominal deve ser a via de escolha quando houver indicação plena e as condições para o mesmo sejam justificadas por instrumentos como o partograma, uma prerrogativa da política nacional de atenção ao parto normal, instituído e fomentado pela Rede Cegonha, enquanto política governamental visando reduzir os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal neste tipo de parto.

Cabe destacar que Goiânia, conta com duas maternidades públicas que buscam o modelo de atenção proposta pela Rede Cegonha com protocolos de atendimento que priorizam a escolha do parto natural, como primeira opção de atendimento, visando reduzir o número de cesarianas desnecessárias, estimulando assim a humanização e a autonomia da mulher no processo de assistência ao parto e nascimento.

Embora o protagonismo da mulher no parto já esteja preconizado como política de humanização do parto e nascimento, há mais de duas décadas, essa problemática ainda persiste em contexto de País. Portanto, é uma temática atual e importante considerando que a práxis dessa abordagem ainda se apresenta de forma incipiente em diversos nos serviços de saúde públicos e privados.

Portanto, acredita-se que o resultado deste estudo poderá motivar e sensibilizar as autoridades competentes, profissionais envolvidos diretamente com este público para construção de uma formação voltada ao respeito à autonomia, corroborando com as necessidades de formação destes profissionais para políticas de saúde voltadas para a atenção integral a mulher e a criança.

8. PRODUTO TÉCNICO



Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional
Ensino na Saúde – MEPES/UFG

PRODUTO TÉCNICO

ESCOLHA DO TIPO DE PARTO - AUTONOMIA DA GESTANTE

“REDE CEGONHA UM GUIA PRÁTICO: AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL PARA O PROTAGONISMO NO PARTO”.

É pertinente registrar que este produto técnico originou da elaboração deste estudo intitulado:

A autonomia da gestante na escolha do tipo de parto e o que será encaminhado as Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Go, visando padronização de procedimentos e orientações às gestantes atendidas nos serviços de atenção obstétrica (Apêndice C).



Ms. Gleydson Ferreira de Melo
Dra. Cleusa Alves Martins

SOBRE O TRABALHO:

Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória, realizada entre agosto e setembro de 2015, No CIAMS do Setor Pedro Ludovico da SMS em Goiânia – GO.

OBJETIVO GERAL:

Analisar a autonomia da gestante frente à escolha do tipo de parto durante o pré-natal, em Goiânia, Goiás.

OBJETIVO ESPECIFICO ABORDADO NESTE INFORMATIVO:

Informar as gestantes acerca da autonomia de escolha do tipo de parto durante o

DIREITOS DA GESTANTE

- Acesso ao pré-natal e exames no início da gestação
- Toda gestante tem direito durante a consulta pré-natal, ser informada pelo Médico ou Enfermeiro a respeito das alterações fisiológicas e intercorrências da gestação, tipos de partos e suas implicações.
- Receber tratamento acolhedor pelo profissional que presta o serviço do pré-natal.
- A Rede Cegonha assegurar a gestante atendimento humanizado durante o pré-natal, parto e puerpério.
- Existe uma rede que assegura a gestante de suas garantias com atendimento humanizado e segurança durante o pré-natal, parto e puerpério, garantido por políticas governamentais como a Rede Cegonha (2011).

CONSIDERAÇÕES

- A assistência integral a mulher no período gravídico-puerperal deve ser prioridade na atenção básica, fornecer informações, visando a segurança da gestante na escolha do tipo do parto.
- O parto transformou-se de um acontecimento natural fisiológico, em um procedimento técnico induzido por medicações, tornando o parto vaginal um ato desconhecido e amedrontado, sendo conveniente aos profissionais obstetras interferir na escolha
- Falta humanização na assistência ao pré-natal e ao parto, nas consultas que antecedem pouco se explora a autonomia da escolha;
- É necessário criarmos ações e mecanismos dentro da assistência a gestante, de que o parto normal é mais benéfico em detrimento do parto abdominal.
- É importante salientar, que a maioria das mulheres entrevistadas, deixavam se manipular pelo medo do desconhecido, do sofrimento em passar pela dor, pelas experiências negativas vividas por outras mulheres e que se deixavam levar pelo parto abdominal por ser culturalmente aceito em nosso lócus sociais,

- É necessário tomar ciência que serviço público ou privado a importância da autonomia da escolha do tipo de parto e que a via vaginal representa a via fisiológica de nascimento, e que o parto abdominal deve ser a via de escolha caso realmente indicado e as condições sejam justificadas por instrumentos como o partograma instituído pela rede cegonha enquanto política governamental, visando reduzir os altos índices.
- Sendo assim, acredita-se que o resultado deste estudo poderá motivar e sensibilizar as autoridades competentes, profissionais envolvidos diretamente com este público e educadores para construção de uma formação voltada para o respeito à autonomia, corroborando com as necessidades de formação destes profissionais e para políticas de saúde voltadas para a atenção integral a mulher.

Referência

1. Melo, FG. Escolha do tipo de parto – Autonomia da gestante. Goiânia GO: Universidade Federal de Goiás; 2016.
2. Orientadora: Profa. Dr. Cleusa Alves Martins

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. D. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 241-250, 2012.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática Evaluation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.

AQUINO, E. M. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S8-S10, 2014.

BARBOSA, G. P.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cesarean sections: who wants them and under what circumstances? **Cad. saúde pública**, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BARBOSA, T. A. **Percepção das puérperas frente ao cuidado das enfermeiras obstetras no parto e nascimento**. Brasília, 2013. Originalmente apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso a Universidade de Brasília (graduação), Brasília, 2013.

BARROS, A. J.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. et al. Padrões dos partos em uma coorte de nascimentos: cesarianas quase universais para os ricos. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 635-643, 2011.

BENUTE, G. R. G.; NOMURA, R. Y.; DOS SANTOS, A. M. et al. Preferência pela via de parto: Uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 35, n. 6, p. 281-285, 2013.

BLANCHETTE, H. Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 172, n. 6, p. 1864-1871, 1995.

BRASIL. Portaria nº. 569, de 1 de junho de 2000: Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459 de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília 2011.

_____. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. n, 12 p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher** Brasília 2001.

BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO, W. D.; KERBER, N. P. C.; et al. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Vol. 32, n. 4., p. 807- 814, 2011,

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C. P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 281-287, 2013.

CAMPOS, R. T. O.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. et al. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 669-88, 2006.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 427-35, 2010.

CARNEIRO, L. M. D. A.; PAIXÃO, G. P. N.; DE SENA, C. D. et al. Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015.

COSTA, S. P.; PRATES, R. D. C. G.; CAMPELO, B. Q. A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

DATASUS. Número de internações para realização de parto normal e cesáreo no estado de Goiás, por município e no Brasil por regiões no mês de janeiro de 2008 e dezembro de 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>> Acesso em: 15 fev. 2016a.

_____. Número de internações para realização de parto normal e cesario no estado de goiás por municípios de janeiro de 2008 a dezembro de 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiGO.def>>, Acesso em: 15 fev. 2016b.

DE MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 4, 2014.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M.; PEREIRA, A. P. E. et al. 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. **Ciênc saúde coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1521-34, 2008.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Sup:S101-S116, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F. D.; BASTOS, M. A. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 141, 2015.

DUARTE, S. J. H. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 10, n. 1, p. 121-126, 2006.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesareana. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 226-232, 2006.

FERRARI, J. Preferência pela via de parto nas parturientes em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 10, n. 2, p. S409-17, 2010.

FIGUEIREDO, N. S. V. D.; BARBOSA, M. C. A. S.; SOUZA, T. A. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU rev**, v. 36, n. 4, 2010.

FRANCISCO, C.; MENDES, N. LIMA, A. et al. Os Factores Genéticos na Perda Gestacional. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, p. 42-48, 2013.

FREIRE, N. C.; NUNES, I. M.; ALMEIDA, M. S. Parto normal ou cesárea? a decisão na voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2011.

FUGLENES, D. ; AAS, E.; BOTTEN, G. et al. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 205, n. 1, p. 45. e1-45. e9, 2011.

GAMBLE, J.; CREEDY, D. K.; MCCOURT, C. et al. A critique of the literature on women's request for cesarean section. **Birth**, v. 34, n. 4, p. 331-340, 2007.

GOMES, K. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. Originalmente apresentado como

Dissertação de Mestrado a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2011.

GOMES, R. M. T.; CÉSAR, J. A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 80-89, 2013.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. **Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. texto e contexto enferm.**, Vol. 15, n. 1, p. 107-114, 2006.

HODNETT, E. D.; OSBORN, R. W. A randomized trial of the effects of monitrice support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum. **Birth**, v. 16, n. 4, p. 177-183, 1989.

HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? **Social science & medicine**, v. 51, n. 5, p. 725-740, 2000.

HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico Houaiss da língua portuguesa 3.0.** Rio de Janeiro 2009.

LAGOMARSINO, B. S.; SAND, I. C. P. V. D.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. et al. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 680-694, 2013.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, 2014.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013.

MATTOS, S. B. **Causas relacionadas ao aborto espontâneo: uma revisão de literatura.** Santa Catarina, 2015. Originalmente apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal da Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2015.

MAZZONI, A.; ALTHABE, F.; LIU, N. H. et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational

studies. **BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology**, v. 118, n. 4, p. 391-399, 2011.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M. D.; SILVA, L. R. D. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 4, p. 765-72, 2008.

MELCHIORI, L. E.; MAIA, A. C. B.; BREDARIOLLI, R. N. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)**, v. 13, n. 1, 2009.

MILLER, E. S.; HAHN, K.; GROBMAN, W. A. et al. Consequences of a primary elective cesarean delivery across the reproductive life. **Obstetrics & Gynecology**, v. 121, n. 4, p. 789-797, 2013.

MIRANDA, D. B. D.; BORTOLON, F. C. S.; MATÃO, M. E. L. et al. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Rev. eletrônica enferm**, v. 10, n. 2, p. 337-346, 2008.

MS. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3 ed. Brasília: 2000.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

_____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5). 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. . **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.**, Brasília 2011.

_____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: 2012.

NIH. NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. **NIH Consens State Sci Statements**, v. 23, p. 1-29, 2006.

NUNES, A. A.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; BISTAFA, M. J. et al. Resolubilidade da estratégia saúde da família e unidades básicas de saúde tradicionais: contribuições do Pet-Saúde. **Rev. bras. educ. méd**, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 27-32, 2012.

OLIVEIRA, A. S. S. D.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996. (OMS/SRF/MSM/96.24). 1996.

OSAVA, R. H.; SILVA, F. M. B.; TUESTA, E. F. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1036-1043, 2011.

OSIS, M.; PADUA, K. S.; DUARTE, G. A. et al. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, p. S59-S66, 2001.

PANG, M. W.; LEUNG, T. N.; LAU, T. K. et al. Impact of First Childbirth on Changes in Women's Preference for Mode of Delivery: Follow-up of a Longitudinal Observational Study. **Birth**, v. 35, n. 2, p. 121-128, 2008.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 185-94, 2011.

PEREIRA, R. D. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações Sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 579-589, 2011.

PESSÔA, I. N.; DE MENEZES, E. D.; FERREIRA, T. F. et al. Percepção de púérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez-DOI: 10.4025/ciencucidsaude. v8i2. 8204. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 236-241, 2009.

PIMENTA, L. F.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E. A construção cultural do processo de parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 5, n. 4, p. 591-598, 2013.

PIRES, D.; FERTONANI, H. P.; CONIL, E. M. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 10, n. 2, p. 191-197, 2010.

POTTER, J. E.; BERQUÓ, E.; PERPÉTUO, I. H. O. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **Bmj**, v. 323, n. 7322, p. 1155-1158, 2001.

REIS, J. T. S.; SARAIVA, F. O.; DA SILVA VIEIRA, M. A. Perfil Epidemiológico das Parturientes Atendidas em uma Maternidade de Alto Risco de Goiânia-GO. **Estudos**, v. 41, n. 2, p. 329-339, 2014.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 11^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Midwifery and nurse-midwifery education: old problems or new possibilities? **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 449-459, 2002.

SANTOS, A. D. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, 2012.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 3, p. 387-92, 2009.

SILVA, H. M.; RIBEIRO, C. D.; COSTA, A. R. Acompanhamento de gestantes: nível de informação e influências de familiares, amigos e da mídia para a decisão do tipo de parto. **Conexão ciência (Online)**, v. 6, n. 1, p. 32-40, 2011.

SILVANI, C. M. B. **Parto humanizado**: uma revisão bibliográfica. 2010. Originalmente apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso a Especialização em Saúde Pública da Universidade do Rio Grande do Sul, 2010.

SOARES, D. M. D. influencia do pre natal na escolha do tipo de parto: avaliação de gestantes que realizaram o pré-natal em uma unidade básica de saúde de uma bairro no interior da cidade de pelotas. **18ºcongresso de iniciação científica**. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

SOUZA, T. G. D.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. D. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 479, 2011.

TEDESCO, R. P. *et al.* Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **RBGO**, v. 26, n. 10, p. 791-8, 2004.

TUMBULL, D.; HOLMES, A.; SHIELDS, N. *et al.* Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. **The Lancet**, v. 348, n. 9022, p. 213-218, 1996.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A. D.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.

VILLAR, J.; VALLADARES, E.; WOJDYLA, D. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **The Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1819-1829, 2006.

WEAVER, J. J.; STATHAM, H.; RICHARDS, M. Are there “unnecessary” cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. **Birth**, v. 34, n. 1, p. 32-41, 2007.

WEIDLE, W. G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014.

WHO. **WHO safe childbirth checklist implementation guide**: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns. Boston, USA: 2015. 62p.

WIEGERS, T.; KEIRSE, M. J. N. C.; VAN DER ZEE, J. et al. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. **Bmj**, v. 313, n. 7068, p. 1309-1313, 1996.

ANEXO E APÊNDICES

Anexo A. Parecer do Comitê de Ética.

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Apêndice B. Instrumento de coleta de dados.

Apêndice C. Produto Técnico.

ANEXO A. PARECER DO COMITE DE ETICA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS PRÁTICAS DE SAÚDE NA REDE CEGONHA: estratégias, contribuições e desafios para a promoção na atenção à saúde da mulher

Pesquisador: Cleusa Alves Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35107814.4.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 852.830

Data da Relatoria: 12/11/2014

Apresentação do Projeto:

Constitui-se em um projeto integrado, estudo exploratório-descritivo com metodologia quantitativa e qualitativa, compreenderá duas etapas. Coleta de dados: na primeira etapa ocorrerá identificação dos municípios goianos que aderiram a Rede Cegonha, os participantes serão 16 gestores das Regionais de Saúde do Estado. Segunda etapa, identificação das ações implementadas em Unidades de Saúde conforme preconizada na Rede Cegonha os participantes serão enfermeiros de Unidades de Básicas de Saúde. Na primeira etapa será utilizada metodologia quantitativa e na segunda qualitativa. A pesquisa ocorrerá no período de setembro a dezembro de 2014 (cronograma a pesquisadora mudou para novembro e dezembro). Os dados serão tratados por meio análise de conteúdo e elaboradas categorias temáticas. A investigação abrange vertentes referentes aos temas de relevância epidemiológica e assistencial e desafios para os serviços de saúde na assistência obstétrica – identificação das ações implantadas na Rede Cegonha em Goiás, a inserção do enfermeiro na rede de atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Este projeto será composto por outros subprojetos conforme os objetivos específicos.

- Elaboração de tese de pós-doutorado, dissertações de mestrado e artigos científicos.
- Não dispensa do TCLE.
- Não haverá uso de prontuários.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de D.
Bairro: S.

Situação do Parecer: 852.830

métodos invasivos para avaliação e todas as informações serão estritamente confidenciais.

- Esta pesquisa poderá beneficiar diretamente profissionais que atuam na assistência obstétrica, a divulgação dos dados permitirá a reflexão acerca do cotidiano dos profissionais contribuindo para a prática científica e segura e na construção de novas abordagens de saúde, na atenção as gestantes e parturientes usuárias do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Relevância da proposta: oferecer análises que subsidiem a fundamentação teórica para o fortalecimento das abordagens de prática na área obstétrica; fornecer elementos para o desenvolvimento de estratégias com vistas a qualidade da assistência materna e neonatal, no SUS, possibilitar produção de dissertações de mestrado e publicação de artigos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- A pesquisadora apresentou todos os Termos obrigatórios que estavam pendentes, conforme RESOLUÇÃO CNS 466/2012

- postagem do Projeto em pdf.
- Correção do TCLE
- Esclarecimentos com devidas assinaturas.
- Cronograma de execução corrigido.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero o projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil,

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
TCLE**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CEP**



PARTE I

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é **Gleydson Ferreira de Melo**, sou enfermeiro e a pesquisador responsável. Após ler com atenção este documento e ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo (**Gleydson Ferreira de Melo**), no celular (62)83288811, ou com a orientadora da pesquisa, Dra Cleusa Alves Martins, celular (62)9979-2221. Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3521 1075 ou 3521 1076

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

Título:

**ANÁLISE DA AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO
AS PRÁTICAS DE SAÚDE NA REDE CEGONHA: ESTRATÉGIAS,
CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO NA ATENÇÃO A SAÚDE
DA MULHER.**

- **Objetivo geral:** Analisar a autonomia da gestante frente a escolha do tipo de parto durante o pré-natal, em Goiânia, Goiás.

Os responsáveis pela aplicação desse termo de consentimento somos eu, Enfermeiro Gleydson Ferreira de Melo – telefone (62) 83288811 e Dra Cleusa Alves Martins (62) 99792221

Para participar da pesquisa você deverá manifestar sua aceitação assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você será convidada a preencher um questionário, no qual registrará dados a respeito da escolha e autonomia do tipo de parto. Você ficará com o questionário por um tempo acordado com o responsável pela pesquisa. Findo esse prazo, o pesquisador se encarregará

de procurá-la para recolher o questionário devidamente preenchido passando para coleta de dados.

A coleta de dados se dará no período de agosto a setembro de 2015. Sua participação nessa pesquisa é voluntária e não está vinculada a qualquer benefício material. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira e nem implicará em despesas para participar. O maior benefício decorrente de sua participação na pesquisa será o de poder refletir acerca da autonomia e escolha da gestante perante o tipo de parto em uma unidade de saúde de Goiânia. Garantimos que os riscos de sua participação serão no máximo desconforto e ou constrangimento e, nesse caso, você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Também garantimos que nenhuma das informações será usada para identificá-la.

Após ser esclarecido sobre a pesquisa, você tem total liberdade para não aceitar participar, sem qualquer penalidade ou prejuízo e, mesmo depois de aceitar e assinar esse Termo de Consentimento, você poderá retirar seu consentimento, sem sofrer qualquer prejuízo.

Nome e Assinatura do pesquisador:

Gleydson Ferreira de Melo

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, **RG:** _____, **CPF:** _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo sobre a autonomia e escolha do tipo de parto , sob a responsabilidade do Enfermeiro **Gleydson Ferreira de Melo**, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação na pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção no tratamento.

Local e data:

Assinatura do sujeito ou responsável:

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Gleydson Ferreira de Melo

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

Nome e Assinatura do(a) Responsável:



Mestrado Profissional Ensino na Saúde

Pesquisa: ANÁLISE DA AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

DATA DA COLETA ___/___/___

Entrevista n° _____

Data de entrega: ___/___/___

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

PARTE 1: Dados de Identificação

1)	Data de nascimento: ___/___/___	2)	Telefone:
3)	Nome:		
4)	Estado Civil:		
5)	Endereço:		
6)	Grau de Instrução:	Numero de Gestações:	
8)	Aborto:	Renda Familiar:	
10)	Renda:		
11)	Semana de Gestação atual:		
12)	Profissional Responsável pelo Pre – Natal:		
13)	Quantas Consultas realizadas?		



Mestrado Profissional Ensino na Saúde

Pesquisa: ANÁLISE DA AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

DATA DA COLETA ___/___/___

PARTE 2: Questões

Este questionário faz parte da coleta de dados para a pesquisa desenvolvida por **Gleydson Ferreira de Melo**, enfermeiro, aluno regular do Programa de Pós-Graduação a nível de mestrado profissional em Ensino na Saúde da UFG e tem como objetivo de analisar a autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. Por isso, sua participação é fundamental! Também é muito importante que você responda com sinceridade a todas as perguntas. Garantimos que sua identidade será preservada e suas respostas mantidas em absoluto sigilo, conforme consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que você assinou.

- 1) Comente acerca das gestações e partos anteriores.
 - a) Gestações anteriores / abortos
 - b) Intercorrência durante as gestações – quais? Ficou internada?
Quanto tempo? Onde?
 - c) Paridade, tipos de partos anteriores e intercorrências:
 - d) Alguma pessoa influenciou na escolha do parto? Como?
 - e) Quais foram os tipos de parto? E porque se for Cesária?
 - f) Ocorreu alguma intercorrência durante o trabalho de parto, parto ou após o parto?

2) Participação do pai criança.

3) Comente sua opção na escolha do tipo de parto na gestação atual?

4) Você foi orientada durante o pré-natal quanto aos tipos de partos?

Comente as orientações recebidas e quais profissionais?

5) Comente os fatores que a motivaram na escolha do parto? Sua mãe, irmãs, ou pessoas próximas tiveram partos normais? Elas influenciaram na sua decisão?

6) Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto, sente-se segura quanto sua decisão?

7) Comente a opinião do seu parceiro, quanto sua decisão na escolha do tipo de parto:

8) Comente as orientações da equipe no pré-natal quanto aos tipos de parto, qual a sugestão do profissional:

9) Onde pretende parir? Instituição pública ou privada, Porque?

10) Faz pré-natal só aqui? Ou em outro lugar? Você tem plano de saúde, ou particular?

11) Comente as orientações quanto a ligadura de trompas no parto?

12) Você confiaria em um profissional enfermeiro obstetra para realizar seu parto normal? Porque?

