



**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Instituto Nacional de Saúde da Mulher,**  
**da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**RAZÕES PARA PREFERÊNCIA DO TIPO DE PARTO: RESULTADOS DA PESQUISA  
"NAS CER NO BRASIL" NA REGIÃO SUDESTE**

**THAYNÁ CAIXEIRO**

Rio de Janeiro

2017



**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Instituto Nacional de Saúde da Mulher,**  
**da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**RAZÕES PARA PREFERÊNCIA DO TIPO DE PARTO: RESULTADOS DA PESQUISA  
“NAS CER NO BRASIL” NA REGIÃO SUDESTE**

**THAYNÁ CAIXEIRO**

Dissertação apresentada à comissão do curso de mestrado acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz para título de Mestre em Ciências.

**Orientadora:** Dra. Maria Auxiliadora de S. Mendes Gomes

**Co-orientadora:** Katia Silveira da Silva

Rio de Janeiro

2017

## CIP - Catalogação na Publicação

Caixeiro, Thayná .

Razões para Preferência do Tipo de Parto: Resultados da pesquisa "Nascer no Brasil" na Região Sudeste / Thayná Caixeiro. - Rio de Janeiro, 2017.

75 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes.

Co-orientadora: Kátia Silveira da Silva.

Bibliografia: f. 59-65

1. Parto Normal. 2. Cesariana. 3. Autonomia da Mulher. I. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus por ter me permitido chegar até aqui, mesmo em meio a todas as dificuldades.

Ao meu marido Thiago Queiroz que deu a mão todos os dias para que eu pudesse vencer, me acalmando, se dedicando a mim e me ajudando a ser mais forte.

À minha vó Ângela Caixeiro que se dedicou e me amparou durante esses dois anos para que eu não desistisse desse sonho.

Ao meu avô Afrânio que sempre deu o seu melhor desde a infância para que eu chegasse até aqui.

À minha mãe que me ensinou o caminho e me incentivou nos estudos.

Aos meus sogros que mesmo de longe sempre disseram palavras de incentivo e me ensinaram muito a caminhar.

As minhas orientadoras Kátia Silveira e Maria Auxiliadora Gomes que foram mais do que orientadoras, foram amigas, mães e educadoras. Tiveram o maior carinho durante todo esse momento e me fizeram crescer e aprender a me tornar mais forte.

À Silvana Granado e Maria do Carmo Leal por participarem da minha banca e contribuírem com meu desenvolvimento na área da Saúde da Mulher.

À Bárbara e Elaine da Ensp que estiveram disponíveis a todo momento para ajudar com a base de dados e nas necessidades que surgiam.

Ao IFF e todos os funcionários e professores que passaram a conviver comigo durante esse tempo e contribuíram com meu processo de crescimento acadêmico.

Muito obrigada!

Enquanto houver ainda uma mulher apenas que acredite em si mesma e nas suas capacidades, haverá a necessidade de pessoas que apoiem seus sonhos, seus direitos e anseios.

Ricardo Herbet Jones (2012)

## **RESUMO:**

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a preferência e as razões de preferência inicial em relação ao tipo de parto entre as puérperas da região Sudeste de acordo com as características socioeconômicas, demográficas, obstétricas e fonte de pagamento. Método: Pesquisa quantitativa do tipo transversal com utilização de dados primários da pesquisa “Nascer no Brasil” (2012) com um recorte para a região Sudeste, totalizando 9480 mulheres entrevistadas no período do pós-parto. Resultados: Assim como encontrado na análise dos dados nacionais, na região estudada a preferência pela via de parto normal foi mais alta (70,1%) quando comparada a cesariana (29,9%), e as principais razões de influência nessa decisão estão relacionadas à melhor recuperação e ao entendimento de que o parto normal é melhor que a cesariana. O medo da dor do parto normal foi a principal razão apontada pelas gestantes que escolheram a cesariana, confirmando os resultados de outros estudos brasileiros. No grupo de puérperas, com escolha inicial pela cesariana, observou-se um maior percentual de mulheres brancas (46,1%), com mais de 20 anos de idade (89,1%), multíparas (64,6%), com escolaridade acima do ensino médio (62,4%), com trabalho remunerado (49,6%), gravidez de risco (28,7%), residentes do interior (71,4%), com fonte de pagamento privado (34,4%) e pré-natal adequado (72,6%) quando comparadas às mulheres que tinham preferência pelo parto normal no início da gravidez. Além disso, as questões como idade, escolaridade, local de moradia e fonte de pagamento foram variáveis que influenciaram as razões apontadas para a escolha do tipo de parto. O reconhecimento das diferenças e variações nas razões para escolha do tipo de parto de acordo com características das mulheres pode contribuir para o aprimoramento das estratégias de redução das cesáreas desnecessárias, tanto no que se refere à organização e aos modelos de cuidado na atenção à gestação e ao parto quanto no tocante às iniciativas de comunicação no âmbito das políticas públicas.

Palavras Chave: Parto Normal; Cesariana; Autonomia da Mulher.

## **ABSTRACT**

This study aimed to analyze the preference and the reasons for the initial preference in relation to the type of delivery among the puerperas of the Southeast region according to socioeconomic, demographic, obstetric and source of payment characteristics. Method: A cross-sectional quantitative survey using primary data from the "Born in Brazil" survey (2012) with a cut for the Southeast region, totaling 9480 women interviewed in the postpartum period. Results: As found in the analysis of national data, in the region studied, the preference for normal delivery was higher (70.1%) compared to cesarean section (29.9%), and the main reasons for influence in this decision were Related to better recovery and to the understanding that normal delivery is better than cesarean delivery. Fear of the pain of normal birth was the main reason pointed out by the pregnant women who chose cesarean section, confirming the results of other Brazilian studies. In the group of postpartum women, with an initial choice of cesarean section, a higher percentage of white women (46.1%), more than 20 years of age (89.1%), multiparous women (64.6%), Schooling (62.4%), paid work (49.6%), risky pregnancies (28.7%), residents of the interior (71.4%), private sources of income (34, 4%) and adequate prenatal (72.6%) when compared to women who had a preference for normal delivery in early pregnancy. In addition, questions such as age, schooling, place of residence and source of payment were variables that influenced the reasons given for choosing the type of delivery. The recognition of the differences and variations in the reasons for choosing the type of delivery according to the characteristics of the women can contribute to the improvement of the strategies of reduction of the unnecessary cesarean sections, both with regard to the organization and models of care in the care of gestation and To childbirth and in relation to the initiatives of communication in the scope of public policies.

Keywords: Normal Birth; Cesarean; Woman Autonomy.

## **LISTA DE ABREVIATURA**

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PHPN: Programa de Humanização do Parto e Nascimento

PNH: Política Nacional de Humanização

PV: Parto Vaginal

RC: Rede Cegonha

SUS: Sistema Único de Saúde

UTI: Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	9
1.1 JUSTIFICATIVA .....	11
1.2 OBJETIVOS .....	13
<b>1.2.1 Objetivo geral</b> .....	13
<b>1.2.2 Objetivos específicos</b> .....	13
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
2.1 UM PANORAMA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E NA REGIÃO SUDESTE .....	14
2.2 A CULTURA DAS CESARIANAS.....	16
2.3 A “CESÁREA A PEDIDO” COMO JUSTIFICATIVA PARA AS ALTAS TAXAS...	18
2.4 AS RAZÕES DADAS PARA A PREFERÊNCIA DO TIPO DE PARTO .....	20
2.5 O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO PARTO E A BUSCA POR MUDANÇAS .....	23
2.6 O ACESSO À INFORMAÇÃO .....	25
<b>3 MÉTODO</b> .....	28
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	28
3.2 COLETA DE DADOS .....	28
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	29
3.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	29
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	31
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
<b>4 RESULTADOS</b> .....	33
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	42
5.1. O MEDO E SUAS ESCOLHAS .....	43
5.2. EXPERIÊNCIA ANTERIOR.....	45
5.2. A INFLUÊNCIA DAS EXPERIÊNCIAS FAMILIARES E DAS AMIGAS .....	46

5.3. DIREITOS REPRODUTIVOS (POR QUE DOS MÉTODOS DEFINITIVOS).....	47
5.4. MODELO DE ASSISTÊNCIA .....	49
5.5. O PAPEL DO PRÉ-NATAL NA INFORMAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO.....	53
LIMITES DO ESTUDO .....	56
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO 1 - INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO 2 - APROVAÇÃO ÉTICA DO INQUÉRITO .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USADO PELO INQUÉRITO.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE 1- SOLICITAÇÕES DO USO DO BANCO DE DADOS DO INQUÉRITO .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE 2- TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>72</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, desde meados de 1990 a frequência de cesarianas vem apresentando um valor cada vez mais elevado. Em 2009, seu valor superou a proporção de partos normais no país, apresentando-se em 52% no ano de 2010 segundo o DATASUS<sup>1</sup>, valor muito acima das recomendações dadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) referente à 15%. Esse aumento não parece estar ligado a mudanças do risco obstétrico e sim a fatores socioeconômicos e culturais<sup>2,3</sup>. Em contrapartida, um estudo internacional, realizado através de uma análise dos 194 estados membros da OMS para os anos de 2005-2012, examinou a relação entre a taxa de cesariana em nível de população e as taxas de mortalidade materna e neonatal, onde os autores concluíram que, em todos os estados da OMS, as taxas de até 19% de cesarianas foram associadas a níveis de mortalidade materna e neonatal mais adequadas, ou seja, um valor inferior a esse não mais reduziria os níveis de mortalidade<sup>4</sup>.

Em 2013, quase um terço dos partos ocorridos nos Estados Unidos foram cesarianas, no Canadá e a Austrália as taxas foram de 27,3% e 32,3%, respectivamente, enquanto que a proporção de partos cesáreos aumentou para níveis sem precedentes na América do Sul tendo uma taxa de aproximadamente 50%<sup>4,5</sup>.

No Brasil, apesar das taxas aumentadas em ambos os setores, público e privado, mulheres que tem seus atendimentos realizados nos serviços privados, hoje, apresentam uma proporção muito superior de cesarianas quando comparadas às que são atendidas pelos serviços públicos, totalizando um valor de aproximadamente 88%, sendo eletivas em sua maioria<sup>6,7</sup>.

Estudos vêm demonstrando que o aumento das cesáreas no país ocorre de forma desigual, onde as maiores proporções deste procedimento estão entre as mulheres com maior idade, escolaridade, com assistência pré-natal, entre as primíparas e residentes das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Essas características não avaliam a relação com risco materno ou fetal e caracterizam mulheres em melhores condições econômicas e com um bom padrão de atendimento<sup>3,9</sup>.

A expectativa da mulher/gestante em relação ao tipo de parto está diretamente relacionada a forma que as informações sobre o assunto estão

disponibilizadas e acessíveis a ela. Sabe-se que ao longo do tempo, foi se formando no Brasil uma “cultura de cesarianas” e um modelo de assistência obstétrica intervencionista, no qual a mulher perde o controle de decisão sobre o próprio processo de parto e nascimento, além de não obter uma informação baseada nas evidências para as melhores indicações do seu parto<sup>9</sup>. O desconhecimento do corpo feminino e de sua fisiologia muitas vezes estão ligados à entrega das mulheres às decisões médicas, interferindo na sua autonomia e no seu protagonismo no processo de parturição<sup>10</sup>.

A escolha das mulheres pelo procedimento cirúrgico tem sido apontada como razão para o aumento das taxas de cesárea<sup>3,4,11</sup> restando ao obstetra atender a esse desejo, porém Domingues<sup>3</sup> (2014) demonstraram através de uma pesquisa nacional (Nascer no Brasil) que 66% das mulheres preferiam o parto normal no início da gestação. Após recebido o aconselhamento no pré-natal, 63,2% das mulheres acreditavam que para uma gestação sem complicações, o parto normal era o mais seguro. Porém, quando verificado a via de parto final percebeu-se que a proporção de cesarianas foi três vezes maior que a preferência inicial referida tanto nos serviços privados quanto nos públicos.

A construção pela decisão do tipo de parto se processa no início, ao longo da gestação e no momento do parto. No início, as influências para sua escolha do tipo de parto podem se dar por questões socioeconômicas, por seu contexto sociocultural envolvendo experiências reprodutivas anteriores e informações recebidas durante a vida. No decorrer da gestação as intercorrências clínico-obstétricas, informações recebidas por familiares ou pelo médico no pré-natal podem vir a modificar a escolha inicial da mulher, além da decisão médica. Já ao final, a evolução do trabalho de parto e a assistência oferecida pelos serviços podem alterar no processo de escolha pela via de parto<sup>2</sup>.

Tratando-se dos motivos da escolha da mulher no início da gestação, alguns estudos demonstram que a dor, a influência de familiares e o desejo por laqueadura tubária são fortes razões para embasarem sua preferência por um tipo de parto. Diante do exposto é oportuno um estudo que tenha essa temática, para a compreensão das razões estabelecidas no início da gestação para a preferência das mulheres residentes dos estados da região Sudeste pelo tipo de parto.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A assistência ao parto e nascimento no Brasil apresenta uma realidade preocupante, apesar dos avanços científicos e das tecnologias empregadas no ciclo gravídico-puerperal<sup>3</sup>.

Ao longo do processo histórico, a apropriação da medicina sobre o saber popular feminino no conhecimento empírico das parteiras fez com que o parto passasse a ser dominado por práticas tecnológicas e intervencionistas. Essas práticas trouxeram consigo uma visão clínica sobre o parto, tornando-o um processo patológico e com necessidades de intervenção para a redução de danos e de garantir um bom desfecho<sup>12,15,16</sup>.

O aumento das taxas de cesarianas em todo o mundo torna o cenário do nascimento inquietante. Estas iniciaram uma aceleração progressiva desde a década de 70 e se tornaram epidemias nos dias de hoje, sendo, portanto, um grave problema de Saúde Pública<sup>17</sup>.

Os esforços e estratégias das políticas públicas atuais, consubstanciados no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, nas recomendações da OMS para as Boas Práticas do Parto e Nascimento, na Política Nacional de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN), na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e na Rede Cegonha, com objetivos de redução das taxas de intervenções, de cesarianas e mudanças no modelo obstétrico, ainda não se mostraram eficazes<sup>18,19</sup>.

Em 2009, as cesarianas superaram a proporção de partos normais no país, apresentando-se em 52% no ano de 2010 segundo o DATASUS<sup>1</sup>. Apesar das taxas aumentadas em ambos os setores, público e privado, mulheres que têm seus atendimentos realizados nos serviços privados apresentam uma proporção muito superior de cesarianas quando comparadas às que são atendidas pelos serviços públicos, totalizando um valor de aproximadamente 88%, sendo eletivas em sua maioria<sup>6,7</sup>.

Diversos estudos vêm demonstrando a relação da prevalência de cesarianas com o maior nível socioeconômico, escolaridade da mulher assim como acesso à rede privada de saúde. Como consequência, essas mulheres das camadas médias, com assistência mais onerosa e de “melhor” qualidade, têm apresentado uma maior vulnerabilidade para este tipo de parto<sup>2,3,20</sup>.

Através de um conjunto de resultados obtidos pela pesquisa nacional de 2011 “Nascer no Brasil”, Leal e Gama<sup>12</sup> (2014) verificaram que “nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos”. Mesmo no setor público, onde acontecem 70% dos partos, 40% são cesarianas e aparecem menos frequentes entre as mulheres não brancas, menos escolarizadas e multíparas, além disso, socioeconomicamente mais desfavorecidas. Essas mulheres sofrem mais intervenções no parto, com procedimentos dolorosos, com uso de drogas para o trabalho de parto e baixo uso de analgesia obstétrica<sup>21</sup>.

Dentre as justificativas para o aumento da taxa de cesariana, a escolha da mulher por este procedimento tem sido bastante citada, porém alguns autores acreditam existir questões ainda não esclarecidas que determinam tal preferência da mulher, muitas vezes modificada durante seu pré-natal<sup>2,3</sup>.

As mulheres, independente da fonte de pagamento, ainda preferem um parto natural e o desejam em sua maioria até o final da gestação, porém o desfecho encontrado é contrário ao desejo previamente referido<sup>3,22</sup>.

A partir dos resultados de um estudo sobre o processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil, que verificou a preferência inicial das mulheres à via de parto final de autoria de Domingues et al. (2014)<sup>3</sup>, surgiu o interesse em observar o processo de decisão inicial pelo tipo de parto em relação as características sociodemográficas das puérperas e a associação entre as razões apontadas por uma ou outra preferência entre as puérperas da região Sudeste no Brasil.

A escolha por esta região se deu por tratar da área de maior contingente populacional do país, conter importantes centros formadores e disseminadores de práticas assistenciais ao parto e nascimento. Além disso, segundo Leal (2014), a região Sudeste apresenta a melhor frequência de boas práticas obstétricas, maior número de movimentos ativistas pelo parto normal, de profissionais de saúde e de mulheres a favor do parto humanizado<sup>21</sup>. Por conta de suas características é importante salientar que esta região pode gerar bastante impacto nos resultados nacionais.

Ter o conhecimento das razões permite-nos identificar quais questões precisam ser trabalhadas durante a assistência pré-natal, com objetivo de empoderar a mulher durante a gravidez para a negociação junto ao profissional de saúde sobre qual o melhor tipo de parto para ela e seu bebê, excluindo as situações de risco nas quais a cesariana é pertinente e necessária. Além de permitir uma

sustentação para futuras iniciativas nos meios de informação com objetivo de atender diferentes tipos de mulheres e garantir uma disseminação do conhecimento sobre os tipos de partos.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Analisar as razões referidas pelas mulheres no início da gestação em relação ao tipo de parto na região Sudeste.

### 1.2.2 Objetivos específicos

Analisar as razões referidas pelas mulheres em relação ao tipo de parto de acordo com características socioeconômicas, do pré-natal, obstétricas.

Analisar as razões referidas pelas mulheres em relação ao tipo de parto de acordo com a fonte de pagamento.

Analisar as razões referidas pelas mulheres em relação ao tipo de parto de acordo com o local de residência.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 UM PANORAMA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E NA REGIÃO SUDESTE

A gravidez e o parto constituem-se em eventos essencialmente fisiológicos, que causam alterações físicas e psicológicas na mulher. Dessa forma, há necessidade de acompanhamento contínuo dessa gestante e parturiente tanto pelos familiares como, pelos profissionais da saúde<sup>23</sup>. Para isso, com o decorrer dos anos, o Brasil veio implementando programas e políticas para a melhora da assistência à mulher no seu período gestacional e reprodutivo.

Em um breve histórico, é possível reconhecer vários avanços na saúde da mulher. Desde 1984, vendo a necessidade de uma melhor assistência à saúde da mulher e, trazendo uma visão integral sobre ela, houve a ampliação do Programa de Assistência à Saúde da Mulher, tornando-se Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), favorecendo ainda mais a sua proteção, prevenção e recuperação. Na década de 2000, foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e criado o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN, 2000), que tinham como objetivo diminuir a morbimortalidade materna e neonatal, garantir uma boa assistência pré-natal e obstétrica, assim como oferecer um cuidado humanizado em cada processo. Além disso, um aspecto destacado no PHPN foi a necessidade de redução do número de cesarianas, que já apresentava uma tendência crescente desde o século XIX<sup>6,24</sup>.

No ano de 2011, foi implementada a Rede Cegonha (RC), pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia para reorganizar nacionalmente a rede de atenção à saúde da mulher e da criança e favorecer as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, tendo como objetivos a garantia do acesso, do acolhimento e da resolutividade, a diminuição da morbimortalidade materna e infantil, e a mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento<sup>25</sup>.

Desde 1998, um conjunto de iniciativas governamentais têm sido realizadas para a redução das cesarianas e para a melhora da assistência obstétrica brasileira. Além dos programas assistenciais observa-se o aumento da participação da

enfermeira obstetrix na assistência ao parto sem complicações, o pagamento da anestesia de parto pelo SUS e a criação de um “teto” percentual decrescente em cada serviço para a cesárea<sup>24,26</sup>.

Apesar de todos os incentivos em prol do aumento da qualidade da assistência perinatal, o quadro ainda é bastante tímido em relação ao acúmulo de recomendações oferecidas pelas evidências científicas. Essas ações ainda não estão tendo o impacto desejado na redução de intervenções e cesarianas desnecessárias no país<sup>26,27</sup>.

O aumento das taxas de cesariana é um fenômeno que ocorre em quase todos os países do mundo, mas o que chama a atenção é que nenhum deles apresenta uma curva tão alta e acentuada como a do Brasil<sup>28</sup>. Desde 2009, o percentual de cesárea superou ao de parto vaginal e a tendência continua crescente<sup>6,7</sup>. Os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” demonstram que entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, 52% dos partos foram cesarianas e, no setor privado em que as mulheres têm maior escolaridade e poder aquisitivo, essa proporção chega a 88%<sup>12</sup>.

Nas regiões Sudeste e Sul, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)<sup>29</sup>, o nascimento por cesariana já se tornou a via mais frequente, sendo realizada em 51,7% e 51,6% dos partos. O nascimento por esta via ocorreu mais no meio urbano do que no rural e se elevou com a maior escolaridade e melhor classificação econômica da mulher<sup>27</sup>.

As altas prevalências de cesarianas não estão sendo relacionadas à melhora da qualidade da cirurgia, mudando o risco obstétrico, ao contrário, elas são procedimentos cirúrgicos que acarretam risco quatro vezes maior quando comparado ao parto normal nas infecções puerperais, três vezes maior ao risco de morbimortalidade materna, além do aumento dos riscos de prematuridade e a mortalidade neonatal<sup>2,3,7,30</sup>.

Estudos recentes vêm demonstrando que o aumento das cesarianas pode estar ligado tanto a questões do modelo tecnocrata, quanto a fonte de pagamento do parto (público e privado) ou até mesmo a variáveis relacionadas ao próprio posicionamento da mulher, trazendo consigo razões que a levem optar por um tipo de parto ou outro<sup>6,7</sup>.

É com base nesse contexto que a presente literatura discutirá sobre a cesariana no Brasil, mais precisamente na região Sudeste, em relação a preferência

da mulher pelo tipo de parto e sobre as questões sociais que envolvem esse posicionamento.

## 2.2 A CULTURA DAS CESARIANAS

Nos últimos anos, o aumento da frequência de realização da cesariana tem acompanhado a evolução do conhecimento científico sobre este procedimento. Há um conjunto de estudos que apresentam possíveis impactos da cesárea sobre a saúde materna e neonatal, assim como razões para as indicações profissionais e os motivos das mulheres quando preferem este procedimento<sup>31</sup>.

A decisão pelo tipo de parto passa a se tornar o tema principal para a discussão, em que muitos estudos estão fixando tal termo como categoria central em torno da via de parto. Porém, algumas discussões a respeito, tratam as escolhas e preferências da mulher como embate aos modelos obstétricos da vida moderna, como a indicação, conveniência e interesse profissional justificando reafirmar tal escolha. Fazendo uma breve avaliação de resultados de estudos, é possível perceber que muitas mulheres optam por um parto vaginal no início de suas gestações e, ao final, são submetidas à cesariana. Portanto, cabe avaliar todos os processos que essa mulher passa para se compreender os verdadeiros aspectos que viriam a mudar seus posicionamentos. É importante questionar como a cultura das cesáreas e seus efeitos sociais tornam-se tão comuns a ponto de fazer acreditar que esta é a melhor forma para um nascimento<sup>31</sup>.

Desde o momento da descoberta da gravidez, o parto é uma questão levantada, e a escolha por algo natural ou programado já são discutidos e, muitas vezes, determinados para o fim da gestação. Por questões culturais e sociais, muitas mulheres já incorporaram a cirurgia abdominal como uma via de parto moderna, mais segura e também normal, levando a acreditarem que o parto vaginal é algo que oferece riscos, dores, medos, restrições, além de crerem que este é um método “arcaico” para se ter um filho. É nesse aspecto que se vê a necessidade de profissionais sensíveis ao oferecimento de informação à mulher, porém muitos optam por tratar tal assunto ao final da gestação, construindo, durante o momento das consultas, artifícios para fazerem crer que sua posição em relação à cesariana seja reafirmada. É a partir dessa construção que muitos mitos são levantados, trazendo um quadro de riscos possíveis para um parto natural, como por exemplo:

“cordão enrolado”, “bebê grande”, “pouco líquido”, “dilatação inadequada”, “bebê sentado”, “bebê transverso”, entre outros. Somasse a isso as questões trazidas por familiares, amigas e as próprias experiências anteriores negativas, repercutindo fortemente ao redor dos seus círculos de convivência<sup>2,32</sup>.

A cesárea passa a ter um papel importante na vida das mulheres, sendo valorizada como salvadora, livre de dores, uma via de parto da modernidade, excelente, com data e hora marcada, transmitindo controle e segurança. Diferente das visões do parto normal, que não creem ser tão normal como deveria ser, sendo revelado como algo do passado, “primitivo”. Suas visões quanto a este tipo de parto vêm com diversas imagens negativas, muitas vezes trazidas pela própria mídia ou até mesmo por situações familiares vividas anteriormente, como a morte no parto, a falta de assistência, ao sofrimento excessivo, o impedimento do parto por características do próprio corpo, mesmo tendo “sofrido” até os minutos finais do trabalho de parto. A visão de que o parto é algo “sujo”, apresentando sangue, gritos e abandono, além da falta de controle que podem acontecer, tanto das protagonistas quanto dos profissionais envolvidos, é algo que faz com que muitas tenham aversão ao natural, fazendo crer que os recursos tecnológicos da modernidade são os de melhor escolha, portanto deseja-se evitar<sup>28</sup>.

O parto normal passa a ser visto como fisiologicamente “perigoso”, levando a situações imprevisíveis e também gerando sofrimento. Já a cesariana é tratada como algo que traz segurança, controle sobre os riscos e vem trazendo um significado dos avanços científicos e também tecnológicos. A partir disso, observa-se aumento das iatrogenias, decorrentes da “melhora” das condições de assistência ao parto, trazendo consigo excessos de intervenções desnecessárias e uma desumanização de todo o processo. A mulher deixa de ser a protagonista no parto e a forma de assistência tecnocrata e biologicista se tornam o foco principal. Contudo, as mulheres atendidas pelos serviços públicos apresentam acesso restrito a todos esses recursos, ditos como necessários<sup>13</sup>.

Os riscos das cesarianas muitas vezes não são questionados nem por mulheres, nem por profissionais, pelo contrário, a maior preocupação é que o parto natural seja realizado nas maternidades que tenham todo aparato tecnológico para que, se algo ocorrer, eles estejam bem amparados e seguros para reverterem qualquer eventualidade materna ou neonatal, afinal de contas a tecnologia foi criada para ser usada. Com esse pensamento, é compreendido que o natural é o mais

arriscado e que a cesárea sempre estará “por perto” para “salvar” suas vidas, tratando o natural como algo que pode falhar, e que leva às mulheres a compreenderem que o natural não é o mais seguro e que há sempre a necessidade da tecnologia para uma maior segurança<sup>31</sup>.

A cesárea é compreendida como uma forma de planejamento, principalmente quando tratamos do século XXI, quando a maior parte das mulheres não têm tempo para se organizar, pois ocupam mais espaços de trabalho, além de obterem diversas atividades no seu dia a dia. O procedimento também é algo que gera maior segurança de se ter algo concreto, sabendo o dia exato para se preparar para esse tipo de parto, com os profissionais que muitas vezes lhe acompanharam no pré-natal, assegurando uma “boa” assistência, num cenário planejado, tendo garantias de que sua vaga estará reservada em determinado hospital evitando os problemas que podem ser gerados pela rede assistencial, além da segurança em ter seus parentes por perto, no dia escolhido<sup>33</sup>.

### 2.3 A “CESÁREA A PEDIDO” COMO JUSTIFICATIVA PARA AS ALTAS TAXAS

Com o aumento do número de cesarianas no Brasil, muito se tem discutido a respeito dos fatores que o tem influenciado. O principal deles está relacionado à escolha e às preferências da própria mulher por esse tipo de parto, sendo denominada de “cesáreas a pedido”. Este tem sido um dos principais argumentos da categoria médica para explicar o aumento deste procedimento. Porém, alguns estudos vêm demonstrando que existem controvérsias a respeito dessa questão<sup>2,3</sup>.

Várias evidências têm demonstrado que a maioria das mulheres prefere o parto vaginal no início da gestação e o desejam até o final, porém o desfecho encontrado tem sido o grande número de cesarianas visto no Brasil<sup>3</sup>. Potter, Berquó, Perpétuo, Leal, Hopkins, Souza et al.<sup>33</sup> (2001) demonstram em sua pesquisa que mulheres, mesmo após terem realizado uma cesariana, nos setores público e privado (80 e 70%), preferiam um parto vaginal antes do nascimento.

Potter, Hopkins, Faúndes, Perpétuo<sup>34</sup> (2008) demonstram que muitas das cesáreas não são realizadas a partir das necessidades clínicas e sim por causas não justificadas, especialmente nas mulheres que declararam durante o pré-natal a preferência pelo parto normal. Com isso, os autores compreendem que há uma

persuasão entre profissionais e pacientes, a fim de fazerem aceitar uma cesariana programada sem que existam verdadeiras justificativas para tal procedimento.

Para Barbosa, Giffin, Angulo-Tuesta, Gama, Chor, D'Orsi et al.<sup>30</sup> (2003), as mulheres parecem ainda não estarem com o pensamento voltado para essa cultura das cesáreas, que fazem acreditar que estas seriam a melhor opção de parto, ao contrário disso, parece refletir muito mais em uma cultura médica do que uma verdadeira preferência tida por elas.

O processo de tomada de decisão pelo tipo de parto, muitas vezes está ligado a relação de poder exercida pelo profissional médico no diálogo com a mulher, inibindo o posicionamento e questionamento que esta poderia ter na escolha pela via de parto, favorecendo a decisão profissional, e isso tem forte ligação com os fatores econômicos e culturais<sup>3</sup>.

A respeito dessa questão, Dias<sup>35</sup> (2008) faz a seguinte consideração:

Como explicar o fato de que as gestantes que têm piores condições de vida, de acesso aos serviços de saúde e de instrução tenham taxa de cesariana cerca de 50% menor do que a população de grávidas mais favorecida economicamente, com maior nível de instrução e maior acesso aos serviços de saúde? Como justificar que embora cerca de 70% das mulheres atendidas neste setor desejem o parto normal como desfecho da gestação e apenas cerca de 10% consigam ter seus desejos atendidos. Que fatores estariam sendo conjugados a ponto de afetar tão intensamente a assistência a este grupo de gestantes?

Segundo Domingues, Dias, Nakamura-Pereira, Torres, d'Orsi, Pereira et al.<sup>3</sup> (2014), o aumento da cesariana está diretamente relacionado às características maternas, sendo estas, o nível socioeconômico mais alto, a cor branca, a maior escolaridade e o maior número de consultas de pré-natal. Para Caetano<sup>36</sup> (2008), as mulheres que apresentavam maiores chances de serem submetidas à cesariana eram as multíparas, as sem preferência pela via de parto, as usuárias do setor privado e as que foram acompanhadas pelo mesmo médico durante todo o pré-natal e parto.

A partir das questões relacionadas, há um consenso no Brasil de que as mulheres atendidas pela saúde suplementar apresentam condições de decidir sobre o tipo de parto que desejam, diferente daquelas que utilizam o sistema público. Assim, cabe a justificativa de que as mulheres atendidas por planos optam pela cesariana, podendo ser induzida pelo profissional ou não. No entanto, o que se

observa verdadeiramente é que mulheres atendidas pelos serviços privados têm menores chances de escolher sua via de parto e terem sua preferência respeitada<sup>27</sup>.

Nesse contexto, cabe uma maior necessidade de busca pela compreensão das questões que poderiam estar ligadas a esse consumo de cesariana que não estão diretamente relacionadas ao desejo da mulher.

#### 2.4 AS RAZÕES DADAS PARA A PREFERÊNCIA DO TIPO DE PARTO

A compreensão da assistência ao parto no Brasil está relacionada a um conjunto complexo dos fatores referentes à atenção à saúde reprodutiva, isso demonstra que questões como esterilização, má qualidade na assistência pré-natal, peregrinação das mulheres em busca de leitos hospitalares, má qualidade da atenção obstétrica e a forma desumana de sua assistência, têm refletido significativamente na qualidade dos serviços prestados à mulher brasileira<sup>30</sup>.

A tecnologia empregada até os tempos modernos faz perceber o quanto a cesariana passou a ser comum e disseminada. Mesmo quando a escolha da mulher é pelo parto vaginal, a prática da cesárea vem acontecendo cada vez mais nas maternidades do país. Muitos profissionais já não têm habilidade para assistir um parto normal, então, mesmo em momentos que sua decisão é concreta sobre o tipo de parto escolhido, ela não é respeitada<sup>9</sup>.

Trabalhos vem demonstrando que o aumento de partos cirúrgicos também é devido a preferência das mulheres por este tipo de procedimento. Decorrente a isto, há uma crescente tendência em relação a dar voz às usuárias dos serviços de saúde para a compreensão e identificação dos fatores que realmente norteiam a escolha pela cesariana<sup>37</sup>.

Muito além da perspectiva biológica, a gravidez e o parto também englobam os aspectos sociais, como o acesso à informação e aos serviços de saúde, e os culturais, como padrões de valores e comportamentos que são transmitidos de forma coletiva e se modificam de acordo com o tempo. Essa dimensão sociocultural pode e é capaz de modificar os pensamentos de uma mulher a respeito do parto, através da construção de mitos, crenças e opiniões trazidas por experiências individuais de cada gestação. Deste modo, o parto é cercado por todos esses aspectos e acaba sendo influenciado por medos, informações recebidas de amigos

ou parentes, vivências institucionais, experiências anteriores de gestação, entre outras questões<sup>9,20</sup>.

O relatório da Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Práticas Obstétricas no Brasil (Núcleo de Estudos de População, 1996) relatou dados da entrevista realizada com médicos de São Paulo, sobre suas opiniões quanto a preferência da mulher pelo tipo de parto, e demonstrou que, a maioria acreditava que elas preferem a cesariana e que os fatores relacionados a isso são o medo do parto vaginal, o não pagamento da anestesia para o parto-vaginal e a possibilidade da laqueadura.

Em um estudo realizado em 2003 em duas maternidades do Rio de Janeiro, das 909 mulheres entrevistadas, 75,6% atendidas na maternidade pública e conveniada, que tiveram seus bebês por parto vaginal e cesariana, não tinham a cesariana como o parto de sua preferência inicial. Suas razões mais frequentes para essa escolha eram a recuperação mais difícil no parto cesáreo (39,2%) e “dor e sofrimento após uma cesárea” (26,8%). O desejo pelo parto cesáreo foi em média, duas vezes maior entre as que já haviam experimentado pelo menos uma cesárea anterior quando comparado às mulheres que nunca fizeram<sup>30</sup>.

As experiências prévias, segundo os resultados apresentados por Figueiredo, Barbosa, Silva, Passarini, Lana, Barreto<sup>20</sup> (2010), mostraram ser determinantes no modo como a mulher lida com a gestação atual, sendo percebida uma disparidade entre multíparas e primíparas, onde a maior insegurança está no grupo das que nunca tiveram filhos, devido à falta de experiência. Isso favorece a fragilidade e maior oportunidade de serem influenciadas por opiniões e crenças<sup>17</sup>.

O tipo de parto já vivenciado é algo tão relevante que Dias, Domingues, Pereira, Fonseca, Gama, Theme Filha et al.<sup>2</sup> (2008), evidenciaram que a cesariana prévia é considerada um “fator de risco” para a repetição por este procedimento numa seguinte gestação, encontrando essa associação em 65% das mulheres multíparas. Por outro lado, Faisal-Cury e Menezes<sup>17</sup> (2006) mostraram que as mulheres com parto vaginal prévio têm 25 vezes menos chance de optarem por uma cesárea na próxima gestação. Além disso, relatam que o sucesso vivenciado em uma determinada via de parto favorece a repetição da escolha por esta, e seu insucesso amplia a probabilidade de escolha por uma via diferente<sup>38</sup>.

Entre outras razões Dias, Domingues, Pereira, Fonseca, Gama, Theme Filha et al.<sup>2</sup> (2008), demonstraram que o medo da dor do parto normal, desejo por ligadura tubária e experiência reprodutiva favorável a cesariana, sendo as duas últimas em

multíparas, resultaram em um aumento na preferência pela cesariana. Das que escolhiam parto vaginal, as informações sobre tipos de parto, preferência do parceiro, medo do parto cesáreo foram motivos para essa preferência.

Oliveira, Gonzalez, Rosas, Vidotto<sup>9</sup> (2002) traz como resultado de sua pesquisa que a justificativa pela escolha do parto normal em sua maioria é citada pelas falas: “a recuperação é mais rápida”, “é mais rápido e melhor”, “porque os outros partos também foram” e ainda relata que algumas mulheres têm a compreensão de que o parto normal é mais fisiológico e apresenta menos risco para o binômio mãe-filho. Já em contrapartida, as mulheres que escolhem a cesariana como o melhor tipo de parto, demonstram que o receio de sofrer as dores e o medo de o recém-nascido passar por alguma complicação seriam as justificativas por tal escolha. Estas relatam as seguintes frases: “o outro parto também foi”, “eu tinha problema na gravidez”, “cesárea dói menos”, “para fazer laqueadura” e “o bebê tinha problema”. Neste caso, as justificativas apresentaram-se muito semelhantes nos dois modelos de parto, compreendendo então que as suas decisões podem estar pautadas em subjetividades experienciadas por cada mulher.

Para Benute, Nomura, Santos, Zarvos, Lucia, Francisco<sup>38</sup> (2013), um dos principais fatores que leva a mulher escolher a via de parto é a garantia que esse momento final do ciclo gravídico venha acontecer de forma saudável, proporcionando ao recém-nascido um bom desenvolvimento e oferecendo a mãe possibilidades de cuidar de seu filho, sem traumas causados pelo processo do parto<sup>39</sup>. Para Figueiredo, Barbosa, Silva, Passarini, Lana, Barreto<sup>20</sup> (2010), a maior expectativa da gestante é por um parto “tranquilo”, rápido, pouco doloroso e livre de intercorrências. Portanto, quando isso é alcançado, as mulheres acabam ficando satisfeitas, mesmo quando o escolhido inicialmente não é o que acontece no momento final<sup>17</sup>.

Para Souza<sup>39</sup> (1994), a escolha pelo tipo de parto está relacionada ao “sistema de valores” da nossa sociedade, que perpassa pela categoria da “classe social”. Nesse sentido, o ato cirúrgico teria essa mesma conotação, levando a preservação de uma suposta estética do corpo e sendo incentivada por alguns profissionais médicos. Essa questão faz com que se compreenda a razão de regiões mais urbanizadas apresentarem maiores taxas de cesariana<sup>40</sup>.

Maia<sup>40</sup> (2008) e Diniz<sup>41</sup> (2009) compreendem que uma das explicações para as altas taxas de cesariana em mulheres brancas, de maior poder aquisitivo e

usuárias do sistema privado se dá pela repulsa à assistência altamente intervencionista do parto normal, por tanto veem a cirurgia como um fator protetor contra a violência advinda da assistência, nos dias de hoje, ao parto normal no Brasil. Hotimsky, Rattner, Venancio, Bógus, Miranda<sup>42</sup> (2002) identificaram que os principais motivos de ansiedade das mulheres estão relacionados ao medo de serem submetidas a algum tipo de violência, física ou verbal, e não somente a dor do parto.

## 2.5 O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO PARTO E A BUSCA POR MUDANÇAS

Três pontos marcantes para essa discussão são: a implementação das “Boas Práticas do Parto e Nascimento” feitas pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1996; a implementação da Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) em 2000; além da inserção de Rede Cegonha (2011) em boa parte do país com objetivo de reorganização da rede e reafirmação de todas essas assistências, favorecendo um processo de atendimento humanizado<sup>21</sup>.

Quando se pensa em humanização, pensa-se em mudanças de modelos até então oferecidos, a busca por essa modificação se faz necessária para que seja garantido total respeito ao processo gravídico.

As razões para escolha pelo tipo de parto, segundo revisão da literatura, estão ligadas à falta de informação ou a um oferecimento de cuidados inadequados no processo do trabalho de parto. Para isso, garantir assistência humanizada mudaria um conjunto de pensamentos e também ações que estão implementadas no contexto brasileiro, além de fornecer à mulher seu papel fundamental, o de protagonista<sup>2,3,20</sup>.

No momento em que se modifica as ações obstétricas, a visão sobre o processo de parto também é modificada, com isso o olhar das mulheres sobre o processo passa a ser diferenciada e, conseqüentemente, a busca pelo parto não mais trará o medo e a insegurança que até então eles veem trazendo.

Segundo Rattner<sup>22</sup> (2009),

[...] humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque é relativa ao processo de produção de saúde e

de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

Um atendimento humanizado deve-se a todo um contexto de realidade e um posicionamento profissional, que compreende a gestante, ouve o que ela tem a dizer, valoriza suas dúvidas, medo, anseios, desejos e busca a melhor maneira para oferecer um atendimento respeitoso e de qualidade. Além disso, respeita os aspectos da fisiologia do parto não intervindo de forma desnecessária, reconhece os aspectos sociais e culturais da mulher frente ao parto e ao nascimento, oferecendo todo o suporte emocional tanto à mulher quanto à sua família, respeita a autonomia e os direitos da mulher e garante a informação de todos os procedimentos que poderá ser submetida, proporcionando a esta, os direitos de cidadania respeitados<sup>43</sup>.

A medicalização do parto e a inserção do profissional médico na obstetrícia fez o entendimento do parto como um processo natural ser deturpado, favorecendo o aumento cada vez maior de intervenções desnecessárias e o uso abusivo das cesarianas. Modificar o modelo tradicional da assistência ao parto, trabalhando com o princípio da humanização, traz mudanças na relação de poder exercida pelos profissionais e na hierarquia observada nos modelos obstétricos atuais<sup>43</sup>.

Vale compreender que a humanização do processo não determina que um parto seja natural (vaginal), mas sim aquele que garante à mulher seus direitos e o atendimento respeitoso. O parto humanizado é compreendido a partir de um modelo com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possíveis, respeitando o tempo, tanto físico quanto psíquico, garantindo um ambiente que proporcione acolhimento e respeito a cada mulher, além de garantir a esta o seu consentimento sobre todo procedimento realizado<sup>44</sup>.

Algumas estratégias adotadas para a mudança desse contexto têm sido vistas através da inserção de enfermeiras obstetras no atendimento às mulheres de risco habitual, com intuito de modificação das práticas e rotinas institucionais, por favorecer os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo e desenvolver um cuidado singular, colocando a mulher em foco central, individualizando o cuidado de acordo com seu contexto sócio histórico<sup>43</sup>.

Também com incentivo governamental, algumas mudanças vêm ganhando espaço na assistência obstétrica, com a participação das mulheres na modelagem de uma nova assistência, como a escolha pelas posições do parto, a presença do

acompanhante de livre escolha, que favorece muito a queda dessas imposições profissionais e garantem o respeito aos direitos da parturiente<sup>28</sup>.

Tornar as mulheres mais informadas também tem sido algo satisfatório para a busca do empoderamento das mesmas e favorece o processo humanizado. Assim algumas mulheres passaram a se organizar para lutar contra as práticas obstétricas impostas pelos profissionais e serviços hospitalares, se colocando como consumidoras desses serviços, procurando questionar determinados procedimentos e defendendo seus desejos de parir de acordo com seu estilo de vida, crenças, autodeterminação e ética. Porém, isso ainda não é a realidade para a maioria das mulheres e, com isso vê-se a necessidade de mais investimentos para a busca desse fortalecimento<sup>44</sup>.

Portanto, o grande desafio dos profissionais, tanto enfermeiros quanto médicos, é prestar uma assistência adequada, a fim de minimizar o sofrimento das parturientes, proporcionando a elas vivência diferenciada no trabalho de parto. Além disso, estimular participação ativa tanto da mulher quanto de seu acompanhante, favorecendo suporte físico e emocional para garantir seu protagonismo durante toda essa vivência, respeitando suas escolhas e posicionamentos, tudo isso com objetivo de fornecer às mulheres uma compreensão adequada sobre os processos do parto.

## 2.6 O ACESSO À INFORMAÇÃO

A gravidez é um momento único na vida da mulher, em que ela passa por diferentes modificações, tanto nos seus processos fisiológicos quanto em seu contexto social. É considerado um verdadeiro rito de passagem, quando fica evidente a necessidade de cuidados e de busca pelo conhecimento do novo. Os profissionais que trabalham com o cuidado à saúde têm papel significativo na vida da gestante, uma vez que suas opiniões podem influenciá-la durante todo esse processo<sup>23,45,46</sup>.

O processo de dar à luz muitas vezes cria certa vulnerabilidade e solidão, gerando a necessidade de apoio profissional para que a mulher se sinta acolhida e informada de todas as questões que envolvem sua saúde<sup>47</sup>. Considerando o parto um momento de muita importância, o preparo dele compreende um conjunto de cuidados objetivando a informação, a criação do vínculo e esclarecimento sobre os

temores em relação à gestação, além de fazer a mulher sentir-se protagonista, levando-a compreensão de todo o processo fisiológico que envolve o parto.

Estudos que abarcam o modo como as mulheres compreendem o intercuro do parto, identificam que elas têm pouca ou nenhuma informação sobre o que podem ser submetidas durante o momento do trabalho de parto<sup>48</sup>.

A escolha pelo tipo de parto está muito relacionada com as expectativas que as mulheres têm a respeito da maternidade e com as informações que recebem. Essas informações podem ser baseadas em evidências científicas, por meio de conversas com profissionais, leituras, depoimentos ou até mesmo em conversas informais<sup>27,49</sup>.

O pré-natal, quando atende às normatizações preconizadas em relação à periodicidade das consultas e à qualidade da assistência, sendo sistemático e organizado, favorece o vínculo e acolhimento de forma eficaz, passando a ser o cenário principal na construção da conexão necessária para essa troca, levando a promoção ao parto e ao processo gravídico puerperal. É nesse momento que a mulher passa a se sentir segura, cuidada, informada e protagonista de todo o processo<sup>48,50</sup>.

Evidências vêm demonstrando a importância da informação no processo de tomada de decisão, pois quando as mulheres passam a ser ouvidas e aconselhadas, muitas modificam suas opiniões. O desejo inicial pela cesariana, decorrente da falta de informação é modificado quando a mulher se sente amparada e informada sobre o processo<sup>3</sup>. Porém, ainda é possível identificar que existem inconsistência nas informações que são oferecidas e acessadas pelas mulheres durante o período do pré-natal e que há fragilidade em atividades necessárias para a preparação do parto. Isso pode contribuir para um aumento da compreensão da intervenção cirúrgica como algo menos lesivo em relação a outros procedimentos e práticas, fortalecendo as rotinas de intervenção que são praticadas nas maternidades e impossibilitando o empoderamento da gestante.

Segundo Diniz<sup>26</sup> (2001), quando a mulher está bem informada sobre os tipos de parto e a maneira como eles podem ocorrer, incluindo o local, os profissionais e demais pessoas que podem acompanhá-la, e sobre os procedimentos que podem ou não ser realizados durante a assistência, este parto tem mais chances de sucesso, tanto em relação ao bem-estar físico como em relação à satisfação da mulher.

Tudo isso implica na mudança nas relações sociais entre profissionais-pacientes no aspecto de decisão compartilhada, não mais ocorrendo de forma unilateral, mas favorecendo uma vivência ativa da gestante frente as decisões sobre o seu parto, dando direito à voz e movimento a quem deve ter o papel ativo e tendo da equipe o apoio necessário para essa conquista.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente dissertação é de natureza quantitativa, analítica, retrospectiva, do tipo transversal utilizando dados primários. Os dados foram extraídos do Nascido no Brasil, pesquisa nacional sobre o parto e nascimento, realizada entre fevereiro de 2011 e outubro 2012. Trata-se de um estudo de base hospitalar e sua amostra, construída por puérperas e seus recém-nascidos, foi selecionada em três estágios diferentes. O primeiro selecionou os hospitais com 500 ou mais partos por ano, sendo estratificados entre as macrorregiões do país (Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-Oeste), pela localização (capital ou não capital) e também pelo tipo de hospital, sendo ele privado, público ou misto. No segundo estágio, foi definido o número de dias em cada hospital (no mínimo sete dias) e, o terceiro, composto pelas puérperas. O total de hospitais amostrados foi de 266, em cada um deles foram entrevistadas 90 puérperas, totalizando 23.894 sujeitos de pesquisa. Mais informações sobre o desenho amostral encontram-se detalhadas em Vasconcellos, Silva, Pereira, Schilithz, Souza Junior, Szwarcwald<sup>51</sup> (2014).

#### 3.2 COLETA DE DADOS

Foram utilizados para o presente estudo, os dados da primeira etapa da Pesquisa Nascido no Brasil. Esse banco de dados, com amostra representativa para o Brasil e regiões, foi construído a partir de entrevistas face a face com as puérperas durante a internação hospitalar, com uso de um instrumento com questões fechadas e abertas. Também foram extraídos dados do prontuário da mulher, utilizando formulários eletrônicos. As entrevistas foram conduzidas no pós-parto imediato, com no mínimo seis horas após o parto. Dados do prontuário hospitalar foram coletados após a alta (ou óbito) e, em caso de estadia hospitalar prolongada, os dados do prontuário da mulher foram coletados nos 42<sup>o</sup> dias de hospitalização (após o parto). Em casos de transferência hospitalar da mulher, os dados foram coletados no hospital, mesmo quando este hospital não fazia parte da amostra dos estabelecimentos de saúde sorteados. Recusas ou altas precoces foram repostas por uma nova seleção de puérpera no mesmo hospital. Cartões de pré-natal, quando

disponíveis, foram fotografados e, posteriormente, os dados foram extraídos de forma padronizada e digitados. Todo o trabalho de campo foi conduzido por profissionais ou estudantes universitários da área da saúde, com a supervisão do grupo de pesquisa. Informação detalhada sobre a coleta de dados é relatada em Leal, Silva, Dias, Gama, Rattner, Moreira et al.<sup>52</sup> (2012).

Nesta dissertação foram utilizadas apenas as informações do questionário da entrevista com a puérpera.

### 3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Puérperas que participaram da pesquisa “Nascer no Brasil” com parto ocorrido na região Sudeste.

Critérios de inclusão: puérperas, cujo parto vaginal ou cesariana tenha ocorrido em hospitais da região Sudeste do país, com desfecho de um nascido vivo ou um nascido morto pesando mais que 500 gramas ou com idade gestacional acima de 22 semanas.

Critérios de exclusão: puérperas que não tinham preferência pelo tipo de parto no começo da gestação e puérperas com gravidez gemelar.

### 3.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

É com base na pergunta chave “*O que você acha que pôde ter influenciado a sua preferência, no começo da gravidez, em relação ao tipo de parto?*” que o presente estudo foi realizado. Para cada razão apontada pela puérpera, uma variável dicotômica com resposta sim/não foi definida. Cabe esclarecer que cada mulher pôde citar mais de uma razão e os termos ‘preferência’ e ‘escolha’ foram utilizados como sinônimos.

#### **Variável dependente:**

- Razão pela preferência do tipo de parto: Melhor recuperação no parto normal (sim/não); parto normal é melhor que cesariana (sim/não); histórias de parto de sua família e/ou de suas amigas (sim/não); medo da cesariana (sim/não); informação sobre o parto (sim/não); a preferência de seu marido pelo tipo de parto (sim/não); ter um profissional conhecido na hora do parto (sim/não);

medo da dor do parto normal (sim/não); o medo do parto normal alterar sua vagina (sim/não); queria ligar as trompas (sim/não); experiência anterior positiva com o parto normal (sim/não); experiência anterior negativa com o parto normal (sim/não); experiência anterior positiva com a cesariana (sim/não); experiência anterior negativa com a cesariana (sim/não); o medo da anestesia (sim/não); para agendar a data do parto (sim/não); mídia (sim/não); informação em grupos de gestante (sim/não); e razões que se enquadraram dentro da categoria outros (sim/não) que foram, comodidade para a mulher; problemas de saúde; maior segurança da cesariana para o recém-nascido; aspectos negativos do parto vaginal; desejo pela cesariana; ter cesariana anterior; desejo pelo parto vaginal.

**Variáveis independentes:**

- Características sociodemográficas: Idade (< 20 anos / ≥ 20 anos); Escolaridade (< ensino médio / ≥ ensino médio); Cor da pele autorreferida (branca / preta / parda / amarela / indígena); Situação conjugal (vive com o companheiro / não vive com o companheiro); Trabalho remunerado (sim / não).
- Característica Obstétrica: Paridade (primípara/ múltipara); Gravidez de risco (Sim / não).
- Características relacionadas ao pré-natal: Adequação do pré-natal (adequado /inadequado); Preferência inicial da mulher pelo tipo de parto (parto vaginal / cesariana); Fez o pré-natal (Sim / Não).
- Fonte de pagamento do parto: privada / público;

- Local de residência da puérpera: interior / capital dos municípios da região Sudeste.
- Via de parto: Vagina / Cesariana

Mulheres sem parto anterior foram consideradas primíparas e aquelas com um ou mais partos anteriores, múltiparas. Mulheres com parto em unidades públicas e mulheres com parto em unidades mistas que não foram pagos por plano de saúde serão classificadas como tendo “fonte de pagamento pública”. Mulheres com parto pago por plano de saúde, tendo o parto ocorrido em unidades mistas ou privadas, e mulheres com parto em unidades privadas, independente do parto ter sido pago ou não por plano de saúde, foram classificadas como tendo “fonte de pagamento privada”. Os locais de moradia foram divididos entre capital e interior dentro da região Sudeste. A idade foi distribuída entre as que tinham idade inferior a 20 anos e superior ou igual a 20 anos e a escolaridade entre as com estudo abaixo do ensino médio e as com estudo igual ou superior ao ensino médio.

Para avaliação da adequação da assistência pré-natal, foi utilizado um indicador que considera como pré-natal adequado: início do pré-natal até a 12<sup>a</sup> semana gestacional; número adequado de consultas para a idade gestacional no parto, considerando o calendário de seis consultas conforme o PHPN.

### 3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Primeiramente realizou-se uma análise da frequência de mulheres que preferiam o parto normal e a cesariana de acordo com a paridade.

Em um segundo momento foi realizado a análise das características sociodemográficas das puérperas entrevistadas de acordo com a preferência inicial pelo tipo de parto (parto normal/ cesariana) através do teste qui-quadrado para verificar diferenças entre proporções, considerando nível de significância de 5%. Foram analisadas as variáveis: idade, cor de pele, escolaridade, situação conjugal, ter trabalho remunerado, realização do pré-natal, gravidez de risco, local de residência, fonte de pagamento do parto, paridade, adequação do pré-natal.

Para verificar as razões referidas pelas mulheres para sua preferência inicial pelo tipo de parto as mulheres foram separadas entre múltiparas e primíparas, com

preferência por parto vaginal e cesariana, totalizando quatro grupos para a análise. Dentro desses grupos foram verificadas as principais razões e utilizadas as cinco com maior frequência para cada grupo.

A partir disso foram realizadas análises estratificadas em cada uma das categorias de preferência inicial por paridade, comparando essas principais razões referidas pelas mulheres pela preferência inicial do tipo de parto, por idade, fonte de pagamento, escolaridade e local de residência da puérpera.

Foi utilizado o teste Qui-quadrado para as amostras complexas, incorporando o efeito do desenho do estudo e ponderação dos dados segundo o plano amostral. Toda a análise foi realizada utilizando o software IBM SPSS 20.0. O nível de significância adotado para as análises foi de 5%.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa “Nascer no Brasil” foi orientada pela Resolução no 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que define as recomendações e procedimentos padrão para pesquisas em seres humanos, tendo sido protocolada no Comitê de Ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), parecer no 92/2010 (Anexo 2). Antes da realização da entrevista da puérpera, foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo obtido consentimento digital (Anexo 3) e dos diretores das instituições. Todos os cuidados foram adotados para garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados. Informações detalhadas sobre a metodologia do estudo ‘Nascer no Brasil’ é relatada em Leal, Silva, Dias, Gama, Rattner, Moreira et al.<sup>52</sup> (2012).

A utilização dos dados da Pesquisa Nascer no Brasil para a realização desse estudo ocorreu através de Solicitação e Termo de Compromisso para o uso de dados da referida Pesquisa (Apêndices 1 e 2).

## 4 RESULTADOS

Foram analisados os dados de 9482 mulheres residentes na Região Sudeste, onde no início da gestação 70,1% das mulheres referiam a preferência por parto normal enquanto 29,9% preferiam cesariana, dados próximos aos da pesquisa nacional<sup>3</sup>. Foram excluídas da pesquisa mulheres que não tinham preferência (6,1%) e as que apresentavam gestação gemelar (1%). Quando separadas entre primíparas e múltiparas a preferência inicial foi 77,5% e 63,6% respectivamente para a preferência por parto vaginal e 22,5% e 36,4% nas que referiam a cesariana como sua escolha.

Dentre a população 72,3% das mulheres tinham idade entre 20 e 34 anos. Em relação à cor de pele, 60,1% referiram ser de cor parda ou preta, enquanto 38,5% declaram-se brancas. Pouco mais da metade das puérperas entrevistadas (61%) tinham escolaridade acima do Ensino Médio. Cerca de 80% viviam com o companheiro e 44,4% tinham trabalho remunerado. A maioria das mulheres (66,2%) residiam no interior e apresentaram fonte de pagamento público na assistência ao parto (77,2%).

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre quase todas as características analisadas e a preferência da puérpera pelo tipo de parto no início da gestação. A única exceção foi a realização do pré-natal durante a gravidez, cujo percentual de realização foi de 99% nos dois grupos.

No grupo de puérperas com escolha inicial pela cesariana, observou-se um maior percentual de mulheres brancas (46,1%), com mais de 20 anos de idade (89,1%), múltiparas (64,6%), com escolaridade acima do ensino médio (62,4%), com trabalho remunerado (49,6%), que vivem com o companheiro (88,7%), gravidez de risco (28,7%), residentes do interior (71,4%), com fonte de pagamento privado (34,4%) e pré-natal adequado (72,6%) quando comparadas às mulheres que tinham preferência pelo parto normal no início da gravidez (Tabela1).

A análise das razões alegadas para escolha de um tipo de parto foi estratificada nos grupos de primíparas e múltiparas uma vez que parte destas razões estavam relacionadas à experiência de parto. Dentro de cada um destes grupos buscou-se identificar se havia diferenças de acordo com a idade, fonte de pagamento, escolaridade e região de moradia para as razões mais citadas. As

tabelas 2, 3, 4 e 5 investigam as associações desses quatro fatores com essas razões mais referidas pelas puérperas como escolha para o tipo de parto no início da gestação.

As razões referidas pelas mulheres para sua preferência inicial pelo tipo de parto segundo a paridade e a idade são apresentadas na Tabela 2. Em relação àquelas que preferiram o parto vaginal, uma proporção significativamente maior de primíparas com 20 anos e mais de idade citaram a “melhor recuperação no parto normal” (75,5%), sendo o “medo da cesariana” mais frequente entre as primíparas mais jovens (6,2%) do que pelas mais velhas (2,7%).

Entre as múltiparas, a opção pelo parto vaginal também foi devido a razão melhor recuperação no parto normal nas mulheres com 20 e mais anos de idade (60,8%). Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias quanto ao “medo da cesariana”, conforme identificado entre as primíparas.

A preferência pela cesariana entre as mulheres mais velhas esteve também mais associada ao “o desejo do agendamento da data do parto” (4,9%) entre as primíparas e “o desejo da laqueadura tubária” (22,4%) nas múltiparas. Entretanto, “o medo da dor do parto normal” parece ser a razão mais amedrontadora entre as primíparas (81,9%) e múltiparas (64,5%) com menos de 20 anos de idade (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta as principais razões referidas pelas mulheres pela preferência pelo tipo de parto de acordo com a fonte de pagamento do parto: pública e privada. Entre as primíparas com preferência pelo parto vaginal, foi observada a associação estatisticamente significativa apenas entre fonte de pagamento pública do parto e a “história de parto de sua família e/ou suas amigas” (10,6%). Para as múltiparas com preferência pelo parto vaginal, não houve associação estatística com o tipo de financiamento do parto para nenhuma das razões citadas.

Para as mulheres com preferência pela cesariana, entre as primíparas, a frequência daquelas que disseram ter “medo da dor do parto normal” (80,1%) e que foram assistidas pelo setor público foi maior do que entre aquelas com fonte de financiamento privado (65,3%). No entanto, esta relação foi inversa em relação a razão “agendar a data do parto” (6,4%), ou seja, observou-se uma maior frequência de primíparas interessadas em agendar o parto no setor privado. Entre as múltiparas, houve associação fonte de pagamento privado e ter atribuído a

preferência pela cesariana à “experiência anterior positiva com cesariana”, citado por aproximadamente um terço das mulheres. Por outro lado, verificou-se uma maior frequência de multíparas que referiram “querer ligar as trompas” entre aquelas que tinham preferência por cesariana, assistidas pelo serviço público de saúde.

A Tabela 4 analisa as razões referidas segundo o grau de escolaridade. Entre as primíparas, a escolaridade não esteve associada as razões apresentadas para preferência pelo parto vaginal. Para as multíparas com preferência pelo parto vaginal, houve maior frequência de mulheres com maior escolaridade que referiram a “melhor recuperação do parto normal”. No entanto, para as razões “experiência positiva com parto normal” (33,8%) e “medo da cesariana” (8%), a associação foi mais evidenciada entre as multíparas com escolaridade inferior ao ensino médio.

Quando a preferência no início da gestação era por cesariana “o medo da dor do parto normal” foi mais frequente no grupo de primíparas de menor escolaridade; enquanto o interesse em “agendar a data do parto” foi maior entre as primíparas de maior escolaridade. Nas multíparas, uma maior frequência de mulheres com “medo da dor do parto normal” também esteve associada à menor escolaridade da puérpera, assim como o “querer ligar as trompas”. Entretanto a “experiência positiva anterior com cesariana” foi mais frequente entre mulheres de maior escolaridade que preferiam a cesariana.

A análise segundo local de moradia é apresentado na Tabela 5. Foi possível verificar que entre as mulheres do interior, “a história familiar e de suas amigas” houve diferença significativa no grupo das primíparas, independentemente do tipo de parto. Para multíparas, a preferência inicial pelo parto vaginal baseada nessa opinião familiar e de amigas foi mais frequente entre as puérperas do interior (5,4%) do que as que residiam na capital.

O “medo da cesariana” (4,8%) e o “medo da anestesia” (1,5%) também foram importantes questões consideradas pelas primíparas com preferência por parto vaginal, residentes no interior. Nas primíparas com preferência pela cesariana, associação significativa foi encontrada entre as que citaram como razão o interesse em “agendar a data do parto”, maior entre as residentes nas capitais dos municípios; assim como entre as primíparas que referiram à “mídia” como razão pela cesariana, maior entre as puérperas do interior. Para as multíparas com preferência pelo parto vaginal, as razões que também estiveram associadas ao local de residência foram: “a melhor recuperação no parto normal (63,1%)”, “a experiência anterior positiva com

parto normal” (33,2%). Entre as multíparas com preferência pela cesariana, foi observada associação entre morar no interior e o “desejo de ligar as trompas” (22,9%).

**Tabela 1- Características sociodemográficas e da assistência pré-natal das puérperas segundo a preferência pelo tipo de parto no início da gestação. Região Sudeste, Brasil. 2011/2012**

	Parto Normal n= 6632 (%)	Cesariana n= 2850 (%)	p	Total
Idade (anos)				
12 a 19	18,8	10,9	< 0,001	16,4
20 a 52	81,2	89,1		83,6
Cor da pele				
Branca	35,2	46,1	< 0,001	38,5
Preta	10,4	7,2		9,4
Parda	53,0	45,5		50,7
Amarela	1,1	1,1		1,1
Indígena	0,3	0,1		0,3
Escolaridade				
< Ensino médio	39,7	37,6	< 0,001	39,0
≥ Ensino médio	60,3	62,4		61,0
Situação conjugal				
Não vive com companheiro	23,3	17,3	< 0,001	21,5
Vive com companheiro	76,7	88,7		78,5
Tem trabalho remunerado	42,2	49,6	< 0,001	44,4
Fez pré-natal	99,2	99,1	0,586	99,2
Gravidez de risco				
Sim	22,7	28,7	<0,001	24,5
Não	77,3	71,3		75,5
Local de Residência				
Capital	36,2	28,6	<0,001	34,0
Interior	63,8	71,4		66,0
Fonte de Pagamento				
Pública	83,0	65,6	<0,001	77,7
Privado	17,0	34,4		22,3
Paridade				
Primípara	51,7	35,4	<0,001	46,8
Múltipara	48,3	64,6		53,2
Adequação do pré-natal				
Adequado	67,8	72,6	<0,001	69,3
Inadequado	32,2	27,4		30,7
Total	69,9	30,3		

**Tabela 2- Razões referidas pelas mulheres primíparas e múltiparas de acordo com a preferência pelo tipo de parto e estratificação da idade da puérpera. Região Sudeste, Brasil. 2011/2012**

Razões referidas pelas mulheres	Primíparas					
	Preferência por parto vaginal			Preferência por parto cesáreo		
	< 20 (n=1055) (%)	≥ 20 (n=2370) (%)	p	< 20 (n=249) (%)	≥ 20 (n=760) (%)	p
Melhor recuperação no parto normal	68,8	75,5	< 0,001			
Parto normal melhor que cesariana	28,7	26,9	= 0,271			
História de parto de sua família e/ou de suas amigas	10,4	9,8	0,592	6,0	5,9	0,952
O medo da cesariana	6,2	2,7	< 0,001			
Medo da anestesia	1,0	1,2	0,722			
O medo da dor do parto normal				81,9	71,1	0,001
Medo do parto normal alterar a vagina				3,2	1,7	0,146
Para agendar a data do parto				1,2	4,9	0,010
Mídia				0,8	0,4	0,423

Razões referidas pelas mulheres	Múltiparas					
	Preferência por parto vaginal			Preferência por parto cesáreo		
	< 20 (n=194) (%)	≥ 20 (n=3012) (%)	p	< 20 (n=63) (%)	≥ 20 (n=1779) (%)	p
Melhor recuperação no parto normal	51,3	60,8	0,009			
Parto normal melhor que cesariana	39,7	25,7	< 0,001			
Experiência anterior positiva com parto normal	26,3	31,7	0,115			
História de parto de sua família e/ou de suas amigas	7,2	4,0	0,027	1,6	1,5	0,935
O medo da cesariana	5,2	6,0	0,625			
O medo da dor do parto normal				64,5	33,2	< 0,001
Experiência anterior positiva com cesariana				22,6	27,6	0,384
Experiência anterior negativa com parto normal				4,8	5,5	0,820
Querer ligar as trompas				0	22,4	< 0,001

**Tabela 3- Razões referidas pelas mulheres primíparas e multíparas de acordo com a preferência pelo tipo de parto e estratificação da fonte de pagamento do parto. Região Sudeste, Brasil. 2011/2012**

Razões referidas pelas mulheres	Primíparas					
	Preferência por parto vaginal			Preferência por parto cesáreo		
	Pública (n= 2709) %	Privada (n= 718) %	p	Pública (n =574) %	Privada (n = 435) %	p
Melhor recuperação no parto normal	73,0	75,2	= 0,229			
Parto normal melhor que cesariana	26,9	29,6	= 0,149			
História de parto de sua família e/ou de suas amigas	10,6	7,7	= 0,018	5,6	6,4	0,566
O medo da cesariana	4,0	2,8	= 0,133			
Medo da anestesia	1,1	1,1	= 0,946			
O medo da dor do parto normal				80,1	65,3	< 0,001
Para agendar a data do parto				2,1	6,4	< 0,001
Medo do parto normal alterar a vagina				1,6	2,8	0,193
Mídia				0,3	0,7	0,445

Razões referidas pelas mulheres	Multíparas					
	Preferência por parto vaginal			Preferência por parto cesáreo		
	Pública (n = 2794) %	Privada (n=411) %	p	Pública (n = 1296) %	Privada (n = 545) %	p
Melhor recuperação no parto normal	59,6	64,3	0,069			
Experiência anterior positiva com parto normal	31,1	33,0	0,445			
Parto normal melhor que cesariana	26,3	27,7	0,550			
O medo da cesariana	6,2	4,1	0,094			
História de parto de sua família e/ou de suas amigas	4,1	4,4	0,776	1,3	1,8	0,394
O medo da dor do parto normal				35,0	32,4	0,280
Experiência anterior positiva com cesariana				25,1	32,8	0,001
Querer ligar as trompas				24,2	15,4	< 0,001
Experiência anterior negativa com parto normal				5,4	5,9	0,694

**Tabela 4- Razões referidas pelas mulheres primíparas e múltíparas de acordo com a preferência pelo tipo de parto e estratificação da escolaridade da puérpera. Região Sudeste, Brasil. 2011/2012**

Razões referidas pelas mulheres	Primíparas					
	Preferência por parto vaginal			Preferência por parto cesáreo		
	< EM n=392 (%)	≥ EM n=1709 (%)	p	< EM n=88 (%)	≥ EM n=601 (%)	p
Melhor recuperação no parto normal	73,5	77,3	0,112			
Parto normal melhor que cesariana	29,3	27,0	0,357			
História de parto de sua família e/ou de suas amigas	11,0	9,1	0,262	5,7	6,2	0,862
O medo da cesariana	3,3	2,3	0,267			
Medo da anestesia	0,8	1,3	0,346			
O medo da dor do parto normal				81,6	68,6	0,013
Medo do parto normal alterar a vagina				0	2,2	0,164
Para agendar a data do parto				0	5,3	0,027
Mídia				0	0,5	0,507

Razões referidas pelas mulheres	Múltíparas					
	Preferência por parto vaginal			Preferência por parto cesáreo		
	< EM n=1525 (%)	≥ EM n=1286 (%)	p	< EM n=823 (%)	≥ EM n=909 (%)	p
Melhor recuperação no parto normal	56,9	66,4	< 0,001			
Experiência anterior positiva com parto normal	33,8	30,1	0,035			
Parto normal melhor que cesariana	26,1	23,9	0,176			
O medo da cesariana	8,0	3,7	< 0,001			
História de parto de sua família e/ou de suas amigas	3,5	4,4	0,228	1,2	1,7	0,448
O medo da dor do parto normal				36,8	29,5	0,001
Querer ligar as trompas				27,8	18,5	< 0,001
Experiência anterior positiva com cesariana				19,4	35,2	< 0,001
Experiência anterior negativa com parto normal				5,2	5,8	0,578

**Tabela 5- Razões referidas pelas mulheres primíparas e multíparas de acordo com a preferência pelo tipo de parto e estratificação do local de moradia da puérpera. Região Sudeste, Brasil. 2011/2012**

Razões referidas pelas mulheres	Primíparas					
	Preferência por parto vaginal			Preferência por parto cesáreo		
	Interior n=2191 (%)	Capital n=1235 (%)	p	Interior n=736 (%)	Capital n=283 (%)	p
Melhor recuperação no parto normal	72,8	74,6	0,261			
Parto normal melhor que cesariana	28,0	26,5	0,349			
História de parto de sua família e/ou de suas amigas	12,0	6,4	<0,001	6,9	3,5	0,043
O medo da cesariana	4,8	1,9	<0,001			
Medo da anestesia	1,5	0,6	0,018			
O medo da dor do parto normal				75,1	70,3	0,123
Medo do parto normal alterar a vagina				2,6	0,7	0,056
Para agendar a data do parto				1,5	9,9	<0,001
Média				2,0	0,2	<0,001
Razões referidas pelas mulheres	Multíparas					
	Preferência por parto vaginal			Preferência por parto cesáreo		
	Interior n=2037 (%)	Capital n=1168 (%)	p	Interior n=1308 (%)	Capital n=533 (%)	p
Melhor recuperação no parto normal	63,1	55,3	<0,001			
Parto normal melhor que cesariana	26,3	27,0	0,636			
Experiência anterior positiva com parto normal	33,2	28,2	0,004			
História de parto de sua família e/ou de suas amigas	5,4	1,9	<0,001	1,8	0,8	0,103
O medo da cesariana	5,5	6,8	0,130			
O medo da dor do parto normal				33,4	36,2	0,251
Experiência anterior positiva com cesariana				27,8	26,5	0,555
Experiência anterior negativa com parto normal				5,4	5,6	0,864
Querem ligar as trompas				22,9	18,4	0,034

## 5. DISCUSSÃO

Apesar do Brasil ser reconhecido como o país da “epidemia da cesariana”<sup>6</sup>, 70% das puérperas da região Sudeste tinham a preferência inicial pelo parto vaginal no início da gravidez, resultado semelhante ao obtido no inquérito nacional “Nascer no Brasil” que revelou um predomínio da preferência pelo parto normal entre as mulheres brasileiras, primíparas ou multíparas<sup>3</sup>.

Para as puérperas da região Sudeste, “a melhor recuperação no parto normal” foi a razão mais referida para a preferência pelo parto vaginal, principalmente entre as mulheres com 20 anos ou mais de idade, independentemente do número de partos e entre as multíparas de maior escolaridade, residentes no interior. Os dados apresentados corroboram aos achados na literatura, em que o parto natural é o mais eleito pelas mulheres devida a rápida e melhor recuperação<sup>54,55,33,30,2,3,43</sup>.

As razões citadas pelas mulheres para preferência pelo parto vaginal parecem mais ligadas às vantagens do parto por esta via, experiências anteriores positivas e medo da cesariana do que por motivos mais relacionados ao tipo de pagamento do parto, corroborando com resultados de estudos anteriores<sup>2,3</sup>. Entende-se que os benefícios do parto normal favorecem tanto a mãe quanto o bebê, com melhor e mais rápida recuperação para a mulher, com menor risco de infecção para a mulher e menor desconforto respiratório para o bebê<sup>56</sup>.

A proporção de mulheres primíparas ou multíparas que referiram como razão a questão da melhor recuperação no parto normal não apresentou diferença significativa quando foram comparadas às fontes de financiamento do parto pública e privada. Para mulheres atendidas em serviços públicos e privados de um estudo realizado por Potter, Berquó, Perpétuo, Leal, Hopkins, Souza et al.<sup>33</sup> (2001), também não foram identificadas diferenças nessas razões na década de 1990. Além desse resultado, também foi evidenciado que mulheres multíparas do interior referiram mais a melhor recuperação no parto normal quando comparadas as da capital. Um terço das primíparas afirmam como opinião ou crença que parto normal é melhor, mas não fica claro por qual motivo. Considerar que “Parto normal é melhor” não foi associado a nível mais baixo de escolaridade, à idade e ao tipo de financiamento.

Neste estudo, a preferência inicial pelo parto cirúrgico teve como principal razão relacionada o “medo da dor do parto normal” e este achado também foi

observado a nível mundial como um dos principais fatores apontados como influenciador na escolha pela cesariana<sup>57</sup>.

Esses achados indicam a necessidade de revisão no modelo de cuidado, responsável, em muitas situações, pela manutenção de uma imagem de parto normal associado a experiência muito negativa<sup>3</sup>.

Considerando as razões de preferência por parto normal ou cesariana apontadas pelas mulheres da região Sudeste incluídas na Pesquisa Nascer no Brasil assim como as variações dessas razões de acordo com as características sócio-demográficas e epidemiológicas desse grupo, algumas reflexões podem contribuir para a redução de cesáreas desnecessárias.

Dentre essas reflexões destacamos fatores como o medo e suas escolhas, as experiências anteriores, a influência das experiências de familiares e amigas e o papel dos serviços de saúde, com ênfase no impacto negativo de modelos hegemônicos de cuidado tanto na atenção pré-natal quanto na atenção ao parto e nascimento. Esses fatores são discutidos a seguir.

## 5.1. O MEDO E SUAS ESCOLHAS

O medo, de modo geral, é uma razão que se encontra tanto nas primíparas quanto nas multíparas que desejam ambos os partos. Quando a decisão foi pelo parto vaginal esse medo foi relacionado à cesariana. Além disso, o medo da anestesia também encontrada entre as razões só apresentou diferença no mesmo grupo de primíparas que residiam no interior<sup>58,43</sup>.

Em relação à cesariana, o principal motivo para escolha dessa via de parto foi “o medo da dor do parto normal”, referido por cerca de  $\frac{3}{4}$  das primíparas e  $\frac{1}{3}$  das multíparas. Essa razão mostrou-se também associada com a menor idade das puérperas, sua menor escolaridade e com a assistência ao parto garantida pelo sistema público de saúde. Nesta análise, fica exposta claramente uma dissociação dos perfis sociais relacionados as razões.

O medo do parto normal foi citado por mais de 80% das primíparas financiadas pelo setor público, de menor escolaridade e com menor idade, nas multíparas foi um destaque para as mulheres com menor escolaridade e idade. Com isso, cabe a pergunta: por que estas mulheres se sentem tão ameaçadas pela dor do parto?

Sabe-se que as gestantes têm sido submetidas a um modelo de assistência que torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, razão pela qual as mulheres optam por uma cesariana. Este medo pode estar associado, de forma mascarada, ao atendimento inadequado durante a assistência prestada a elas ou a seus familiares<sup>58</sup>. A referência ao medo por mulheres com acesso aos serviços de saúde revela os limites da informação existente previamente à gravidez e parto<sup>56,58</sup>.

Segundo Alves<sup>59</sup> (2005), é importante definir “de onde vem a dor”. Ela parece vir de processos dolorosos, das amniotomias, exames de toque indiscriminados, manobras de redução de colo e de kristeller, administração de ocitocina de rotina, entre outras práticas intervencionistas, muitas vezes já abolidas<sup>60</sup>.

No que se refere às práticas humanizadas preconizadas pelo Ministério da Saúde, em um estudo realizado no município de Cuiabá, Mato Grosso, com profissionais de saúde de três instituições de saúde, ficou evidente que por mais que os profissionais tenham claro os princípios da humanização, eles encontraram dificuldades para mudar suas práticas assistenciais<sup>61</sup>. A medicalização do parto vem prevalecendo, diante da reação da dor do parto. Os valores da sociedade, que condicionam a mulher a não suportar as dores, incentivam a busca por analgésicos, ao invés de métodos menos invasivos para o alívio da dor, como massagens e escuta qualificada<sup>62</sup>.

Para as adolescentes, a expectativa do parto como uma experiência sofrida, que causa dor, o medo da morte, tanto do bebê quanto de si mesma, o medo de ser incapaz de expulsar o bebê e até o medo dos maus tratos dos profissionais, são questões apontadas no estudo de Reis, Meincke, Bielemann, Carraro, Lopes (2008)<sup>63</sup>. Isso leva a pensar que as adolescentes grávidas precisam de uma atenção especializada, já que o fator idade foi influente neste estudo para a preferência por cesariana por medo da dor do parto e outras razões que mostraram a necessidade de criação de programas específicos à assistência pré-natal, de forma integral a fim de garantir e oferecer amparo, tolerância e flexibilidade, diminuindo assim a ansiedade da gestante e consolidando o seu papel de mãe. Entretanto, muitas adolescentes não têm tido acesso a esses programas, ainda escassos no país<sup>64</sup>.

Mais do que concordar imediatamente com o desejo manifestado pelas mulheres de ter um parto cesáreo, parece importante ajudarmos as mulheres tomadas por um grande medo diante do parto normal, já que os estudos mostram

que o apoio, o aconselhamento e até uma intervenção terapêutica podem fazer com que elas mudem de ideia<sup>65,66</sup>.

Os cursos de pré-natais não surpreendem quando se concentram mais nesse modo de evitar a dor, o não envolvimento aos medos encontrados nessa etapa, ao invés de orientar as técnicas que controlem isso. Portanto, deve-se pensar até que ponto a postura de ignorar, de fato, não aumentam os medos e a sensibilidade à dor<sup>58</sup>.

## 5.2. EXPERIÊNCIA ANTERIOR

A experiência anterior de parto, quer seja pelo contato com os serviços de saúde ou pela vivência da dor, parece ter contribuído para que mulheres múltiparas tivessem, em relação às primíparas, um aumento do percentual de preferência pelo parto cesáreo.

Essa razão foi observada apenas entre as múltiparas. Quando a experiência anterior foi positiva com o parto vaginal ela esteve mais associada à baixa escolaridade (<EM) e ao fato da mulher residir no interior. Tal associação parece estar mais relacionada a valorização da experiência do que qualquer outro fato. Este achado não possui argumentos plausíveis na literatura para discussão, sendo necessário maior aprofundamento na pesquisa. Para a experiência negativa com o parto vaginal, não houve diferença significativa em nenhum dos grupos estudados. Já a experiência positiva na cesárea anterior esteve mais associada à maior escolaridade (>EM) e a fonte de pagamento privado.

Penny Simkin, educadora pré-natal, mostra que a mulher se lembra do seu parto muitos anos depois dele ter ocorrido, ou seja, as vivências, atitudes profissionais e o ambiente em que vivenciaram permanecem com efeitos duradouros; e as lembranças, quando negativas, não se apagam com o passar do tempo, pelo contrário. Destaca ainda que a experiência com a postura profissional pode levar tanto a um sentimento de poder feminino como um sentimento de desânimo, dependendo das atitudes vivenciadas.

Segundo Potter, Berquó, Perpétuo, Leal, Hopkins, Souza et al.<sup>33</sup> (2001), só o fato de serem atendidas em hospitais privados faz com que 70% das mulheres prefiram a cesariana. Para o Ministério da Saúde<sup>67</sup> (2001), a taxa de cesariana neste

tipo de serviço possui múltiplas razões, entre elas a relação do médico-paciente, dificultando a participação da mulher no processo de decisão.

Vale, Lucena, Holanda, Cavalcante, Santos<sup>61</sup> (2015), acrescentam ainda que a experiência anterior quando positiva passa a ser a primeira opção de preferência da mulher, quando negativa deixa marcas que reforçam os medos e preocupações. Dado que aponta uma importante questão na escolha do tipo de parto das primíparas, pois a escolha será “decisiva” nas futuras gestações.

Os autores Bonfante, Silveira, Sakae, Sommacal, Fedrizzi<sup>68</sup> (2009), Sakae, Freitas, D’Orsi<sup>69</sup> (2009) e Barbosa, Giffin, Angulo-Tuesta, Gama, Chor, D’Orsi et al.<sup>30</sup> (2003) demonstraram em seus estudos que as mães que apresentavam ao menos uma cesárea, tinham chance duas vezes maior de terem seu próximo filho por este tipo de parto quando comparadas as mulheres que nunca experimentaram um parto. Essa situação chama atenção no que se diz como “uma vez cesárea sempre cesárea”, o fato de se ter uma cesárea prévia contribui para o crescimento das cesarianas no país<sup>70</sup>.

Faisal-Cury, Menezes<sup>17</sup> (2006) relatam que o antecedente tanto de cesariana quando de parto normal se relacionam com a repetição em gestações futuras. Quando a primeira experiência se dá com o natural, a chance é vinte e cinco vezes menor de se submeterem a cesariana, e o fato de terem uma cesárea relacionou-se com o desejo de obtê-la novamente.

Considerando as questões levantadas, é importante compreender a necessidade de trabalhos educativos com as mulheres gestantes, em especial às primigestas que, por não terem uma experiência anterior, podem apresentar maior insegurança por não terem domínio da situação. Mudar a experiência de parto significa melhorar a assistência, o entendimento das mulheres diante do processo de parturição e até sobre o plano político na assistência<sup>71,72</sup>.

## 5.2. A INFLUÊNCIA DAS EXPERIÊNCIAS FAMILIARES E DAS AMIGAS

Além das questões de experiências anteriores da própria gestante, outro fator influente são as experiências vivenciadas pela própria família ou pelo grupo de pessoas próximas. Exitosas ou não, elas acabam sendo como um espelho que, por

sua vez, podem induzir a mulher na escolha por um tipo de parto. Isso faz com que a individualização não seja notada, já que cada mulher é uma, cada gestação tem sua própria característica e nem sempre o que é indicado para uma gestante será recomendado para outra<sup>73</sup>.

Neste estudo, a história de parto na família ou de amigas são razões que, apesar da baixa proporção, influenciaram ambas escolhas do tipo de parto. Experiências negativas nestes grupos podem refletir em impacto sobre as futuras gestantes da mesma rede social. Entre as mulheres que preferiam o parto normal, houve maior associação das que eram atendidas pelo serviço público, quando primíparas, e com idade inferior a 20 anos, quando multíparas. É possível perceber que os fatores sociais estão mais influentes entre as mulheres que preferem o parto vaginal do que as que preferem a cesariana.

Mais uma vez é importante discutir sobre as informações que as mulheres estão recebendo. Neste caso, a opinião feminina é que traz um valor importante, já que para elas o processo foi sentido “na pele”<sup>74</sup>. Essa dimensão sociocultural pode e é capaz de modificar os pensamentos de uma mulher a respeito do parto, através da construção de mitos, crenças e opiniões trazidas por experiências individuais de cada gestação<sup>19,20</sup>.

### 5.3. DIREITOS REPRODUTIVOS (POR QUE DOS MÉTODOS DEFINITIVOS)

A medicalização do corpo feminino surge da necessidade de reestruturação do sistema nacional nos anos 60 e 70, enfatizando a medicina curativa, na qual a rede privada toma a frente e passa a ser a forma de expandir o sistema público<sup>75</sup>. Com o aumento da cobertura, há exposição crescente da população à cultura médica, possibilitando que os aspectos da vida privada passem a ser influenciados pela decisão médica, justificando com isso a regulação da fecundidade através dos usos de métodos contraceptivos modernos para a sociedade brasileira<sup>76</sup>.

Os movimentos do planejamento familiar iniciados em 1984, através de estudos sobre a população e a necessidade de intervenções para o controle da explosão do crescimento populacional, trazem um leque de informações gerando pesquisas que permitem um acompanhamento na evolução do *mix* de contraceptivos nacional. O que se observa é um aumento de laqueaduras tubárias

ao longo dos anos, 1986 a 1996, passando de 28 para 40% entre mulheres com idade 15-49 anos<sup>77</sup>.

A difusão da laqueadura no Brasil ocorreu na ausência de políticas que permitissem com que as mulheres tivessem acesso a métodos contraceptivos menos invasivos. Isso gerou o dito “efeito perverso”<sup>75</sup>, onde a falta de alternativa para as camadas de baixa renda favoreceu a busca dos métodos que restavam, sendo vistas nas questões sobre a laqueadura, o aborto inseguro, a gravidez não planejada, a farmácia.

Havia a suspeita de que o aumento da utilização das laqueaduras, era resultado de uma política de controle populacional através da esterilização feminina em massa, sendo direcionada às mulheres pobres de maneira geral e para as negras nas instituições particulares<sup>78</sup>.

Essa laqueadura não era paga pelo SUS, a forma como era custeada e algumas vezes acobertada era acoplando-a a cesariana ou registrando outro tipo de procedimento. Segundo Caetano e Potter<sup>79</sup> (2004), as laqueaduras eram feitas principalmente no sistema público de saúde, gratuitas ou pagas, acopladas ao não, e isso estava associado às questões econômicas e conforme a região.

Segundo Berquó<sup>80</sup> (1995), a cumplicidade entre a mulher, médico e outros profissionais de saúde diante de uma escassa oferta de métodos contraceptivos favoreceram uma “cultura de esterilização”. A laqueadura passa a ser um processo “natural” para pôr fim a vida reprodutiva de uma mulher assim como a menopausa. Decorrente a essa situação, há a criação da Lei 9.266 com objetivo de investigar e avaliar o acesso à esterilização cirúrgica.

Na perspectiva das taxas de cesárea, mesmo após a criação da Lei e de Programas de planejamento familiar, é visto aumentada devido a escolha por esse procedimento para a busca da esterilização<sup>81</sup>.

Nesse estudo, as mulheres múltíparas que tinham preferência por cesariana declararam ter o desejo de ligar as trompas como razão para a escolha da cesariana. Fatores que influenciaram essa razão e que tiveram associação com o desejo da cesariana foram a baixa escolaridade, maior idade, ser do serviço público e moradora do interior.

A utilização de tecnologia médica, segundo Gama, Giffin, Angulo-Tuesta, Barbosa, D'Orsi<sup>81</sup> (2009), “ como uma expressão do processo de medicalização do corpo feminino”, é manifestada de uma maneira diferenciada, decorrente do perfil

socioeconômico e dos contornos de práticas médicas nos modelos assistenciais. E com este estudo, é possível perceber que o perfil de mulheres que optam por este procedimento continua a ser o mesmo que o da década de 70.

Conclui-se, que as dificuldades no acesso a serviços de saúde para o planejamento reprodutivo ainda podem resultar na maior escolha por laqueadura tubária, sendo a cesárea o meio de obtê-la<sup>54</sup>. E a necessidade de melhora para que haja disseminação da informação sobre os direitos reprodutivos e na oferta dos métodos contraceptivos.

#### 5.4. MODELO DE ASSISTÊNCIA

A sociedade em que vivemos é rodeada de estresse, onde tudo deve acontecer imediatamente, e todas as dificuldades são resolvidas por meio de tecnologias. Na saúde, a forma de solucionar os problemas vem através da solução medicamentosa ou da cirurgia<sup>62</sup>.

A frequência de cesáreas passa a aumentar e torna-se mais banal que anteriormente. Apesar de atualmente apresentar menos riscos para a mãe e o bebê, e mesmo que a recuperação pareça mais fácil do que há trinta anos atrás, o fato de ser uma cirurgia de grande porte e necessitar de uma anestesia não mudou, e só deveria ocorrer quando se faz necessária por determinante do estado de saúde da mãe e do bebê.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>82</sup> (2012) existe uma limitação em interferir na tendência ascensional da cesárea, isso porque ela é multidimensional, devido ao fato de possuir determinante biológicos, mas também fatores históricos que a influenciam, como a organização dos serviços de saúde, a realização da laqueadura, a qualidade da formação profissional, o modelo de assistência ao parto e nascimento, a questão de economia de mercado que torna o procedimento um bem em consumo, o pagamento por procedimentos, a questão cultural, a falta de atualização dos profissionais de saúde, a falta na busca de evidências científicas para suas práticas<sup>2,66,62</sup>.

Se, às vezes, acredita-se que as mulheres brasileiras desejam mais a cesariana, deve-se observar o quanto isso pode estar sendo influenciado por traumas de partos vaginais anteriores e práticas desatualizadas<sup>41</sup>.

Ainda caminhando no modelo de assistência que se vivência no país, o uso abusivo de tecnologias e a falta de autonomia da mulher no processo de decisão, gera, muitas vezes, essa perda de controle da própria mulher, levando à insegurança sobre o processo de parto e facilita na escolha por um parto cesáreo. Dentro desse âmbito, é possível ver algo muito destacado nos estudos atuais, a violência institucional.

A violência institucional tem sido um tema bastante discutido em diversos países, mais precisamente sobre as violências ocorridas em maternidades públicas. As pesquisas vêm demonstrando que além das questões econômicas e estruturais, os maus tratos sofridos pelas pacientes também têm sido questões vivenciadas nos serviços públicos. Observando uma prática discriminatória em relação ao gênero, classe social e raça/etnia<sup>83</sup>.

Segundo o Relatório Mundial sobre violência e saúde realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), violência é entendida como uso intencional do poder, força física, ameaça contra si próprio ou também contra outras pessoas, grupo ou comunidade que possa gerar lesão, morte, dano psicológico, deficiência ou privação (OMS, 2002 apud Krug<sup>84</sup>, 2002). Segundo Minayo<sup>85</sup> (2005), em seus estudos sobre os impactos na saúde, a violência está associada aos aspectos sociais e históricos e é utilizada através do uso da força, do poder e dos privilégios para dominar, submeter e provocar.

A violência institucional é entendida através da negligência na assistência, da “violência verbal (com tratamentos grosseiros, ameaças, gritos, humilhação intencional, reprimendas), violência física (incluindo a não utilização de medicações analgésicas quando tecnicamente indicada) e até abuso sexual”. Outros pesquisadores compreendem que, além desses aspectos, a questão do uso inadequado de tecnologia, levando a diversos procedimentos intervencionistas totalmente desnecessários e distantes das evidências e conseqüentemente a uma cascata de intervenções com riscos e sequelas, também são instruídos como esse tipo de violência<sup>83</sup>.

Em 2010, foi realizado em Washington, um encontro entre diversos países, dos quais o Brasil se incluía, para discutir sobre a violência obstétrica e experiências já vivenciadas. Neste momento, foi elaborado um documento definindo que a violência durante o parto é caracterizada como uma violação dos direitos humanos. Lê-se essa violação como:

[...] maltrato físico, procedimientos realizados sem o consentimento da mulher, cuidados que infringem a confidencialidade ou violam a dignidade da pessoa, de discriminação, abandono e a detenção em estabelecimentos por falta de pagamento dos cuidados recebidos. ” (Vadeboncoeur<sup>58</sup>, 2015).

Visto que a violência institucional se dá por tanto nas relações desiguais de poder, pode-se analisar a medicina enquanto saber legitimado em meio a nossa sociedade, como um aspecto que demonstra a violências sobre a relação de médico paciente, Foucault<sup>86</sup> (1995) e Scott<sup>87</sup> (1990) trazem diversas contribuições para tal discussão. Dentro disso, a percepção sobre como os profissionais lidam dentro do seu contexto de trabalho deve-se a empatia com o outro, fato que muitas vezes não acontece e ao contrário disso, a parturiente no caso da obstetrícia se torna vulnerável a agressões verbais e também físicas<sup>83</sup>.

Nas relações de poder, pode-se perceber que dentro dessa hierarquia os profissionais de saúde assumem bastante espaço, porém o médico se enquadra no topo dessa pirâmide. Tudo isso devido às questões culturais que enfrentamos, onde este obtém não só uma autoridade por detrimento do conhecimento científico e tecnológico, mas também em relação à cultura e a moral, dominando muitas vezes a conduta, os valores e as crenças de cada pessoa. Com isso, a dependência dos sujeitos passa a ser verdadeira, já que estes compreendem que a não obediência à determinada autoridade gerará uma consequência desagradável para si<sup>83</sup>. Alguns estudos trazem questões referentes a importância de uma boa relação dos profissionais com o usuário, pois é algo que se faz necessário no meio desta relação. O respeito à privacidade, a compressão das queixas e valorização da mesma torna um atendimento humanizado e que produz mudança nesse contexto.

Cabe ressaltar, que um dos aspectos ligados a essa relação também tem sido vista no consumo abusivo das tecnologias, possibilitando cada vez mais um afastamento entre esses agentes e favorecendo um processo hierárquico da assistência<sup>5</sup>. Segundo Dias<sup>35</sup> (2008), a medicalização no parto tem sido algo bastante significativo, trazendo consigo uma assistência tecnocrata, tratando o parto como algo patológico e favorecendo a figura do médico como foco central. Esses pontos influenciam na autonomia da mulher, pois é a partir daí que suas escolhas

não são trazidas para discussões, afinal ela é vista como um ser frágil, com incapacidades de parir e necessita de um consumo de intervenções técnicas para superar todos esses empasses. Seu posicionamento já não é respeitado, por tanto seu papel passa a ser secundário<sup>9</sup>.

Alguns estudos vêm demonstrando que as mulheres estão se sentindo insatisfeitas com questões relacionadas ao impedimento de suas participações no modelo de assistência que está sendo predominante no país. A falta de poder exercida por elas, as escolhas baseadas nas informações e as supostas dúvidas durante o ciclo gravídico têm sido afetados por esse tipo de relação. As queixas em relação ao desrespeito, gerado pela relação de poder, fazem com que muitas dessas mulheres sejam violentadas verbalmente durante o processo do parto. Frases como “não chora que ano que vem você está aqui de novo”, “na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe, porque agora está chorando?”, “se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender”, “se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo”, foram trazidas pela vivência das mulheres na pesquisa Fundação Perseu Abramo<sup>88</sup>.

Os profissionais têm condenado à mulher, a culpabilizando pelo processo de uma dor fisiológica, que muitas vezes está mais relacionada ao abandono realizado pela equipe de saúde. Além dessa violência psicológica, algumas mulheres sofrem violência física durante o trabalho de parto e parto. Todas essas questões geram nas mulheres formas de fugir das humilhações que muitas vezes são submetidas, algumas se adequam aos padrões que julgam serem aqueles dos quais o profissional espera que a tenha, demonstrando seu silêncio como resposta<sup>5</sup>.

Já algumas mulheres se posicionam de forma contrária a toda essa situação, contestando a autoridade médica ou profissional da relação hierárquica surgida nessa ambiência. Porém, quando esta se manifesta, gera um processo de desconforto entre os profissionais, que pode leva-los a intensificação da violência já prestada. Por se sentirem numa posição mais elevada e se sentirem como “donos do saber”, fazem com que a mulher pense que ela não conhece as ações do próprio corpo e que precisa se calar diante de todas as situações impostas, caso contrário será maltratada, abandonada ou desassistida<sup>42</sup>. Segundo a Fundação Perseu Abramo<sup>88</sup> (2010), quanto mais escura, mais jovem e mais pobre, maiores são essas possibilidades de maus-tratos.

Portanto, o medo da assistência que terão durante o momento do parto é um forte indício para determinar suas escolhas e fazerem refletir sobre qual tipo de parto desejam ser submetidas. Percebe-se que a cultura de uma violência está tão arraigada, que os olhares sobre a assistência se tornaram naturais frente a essas atitudes. O modelo biomédico vem trazendo uma visão patológica deste processo natural e induz às mulheres a crerem nesse mesmo princípio, acreditando que necessitam de um suporte intervencionista, que são incapazes de parir e permitem as inquietações e insegurança na capacidade em lidar com questões relacionadas ao parto, a dor e também a imprevisibilidade do natural. A forma violenta como os partos tem se apresentado favorecem a busca por cesarianas com objetivo de fuga dos procedimentos que não gostariam de se submeter, proporcionando um aumento do uso das tecnologias e também das cesarianas eletivas<sup>9,28</sup>.

#### 5.5. O PAPEL DO PRÉ-NATAL NA INFORMAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO

O pré-natal é um importante componente para a atenção ao período gravídico-puerperal, é o instrumento oportuno para o acompanhamento da gravidez e a construção e partilha de conhecimentos entre a mulher gestante e o profissional que a acompanha. A partir desse dispositivo, busca-se integrar o conhecimento em benefício e promoção do parto e nascimento<sup>49</sup>.

O preparo do parto é compreendido como um conjunto de medidas, cuidados e atividades que possuem como finalidade oferecer a mulher uma experiência fisiológica como protagonista em todo o processo. Dessa forma, cabe orientações que incluem o diálogo durante qualquer procedimento nas consultas, os esclarecimentos de cada procedimento, medos, dúvidas em relação a própria gestação, parto ou até mesmo o pós-parto, além de ser um ambiente que propicia a orientação e tomada de decisão em meio aos sinais de alerta <sup>47</sup>.

Com a formação do vínculo entre profissional e gestante, esse ambiente passa a ser trabalhado como uma educação em saúde, servindo de ferramenta para um cuidado integral e de empoderamento da mulher, permitindo a ela o enriquecimento sobre o saber científico no campo da saúde da mulher e oferecendo subsídios para adoção de condutas e hábitos adequados para atravessar esse processo<sup>89</sup>.

O PAISM, desde a década de 80, enfatizou a importância das ações educativas, sendo conhecidas como educação e saúde. Esse trabalho educativo facilita a produção do conhecimento e autonomia e potencializa positivamente as experiências vivenciadas pela mulher na gestação, parto e pós-parto. Isso deve ser fornecido através de trabalhos coletivos, com escuta e partilha para o enriquecimento do conhecimento. Isso favorece a interação entre profissional e gestante e permite a ela o sentimento de estar à vontade em relatar suas necessidades<sup>59</sup>.

O processo de ensino-aprendizagem é um caminho de mão dupla, onde há interatividade entre os sujeitos e há participação ativa de cada um, sendo capazes de construir e transformar vivências.

Para Costa, Bustorff, Cunha, Soares, Araújo<sup>49</sup> (2011), esse aspecto de aprendizado não tem sido vivenciado de maneira tão eficaz pelas mulheres, já que no resultado de sua pesquisa, realizado com 30 puérperas, a maior parte relatou não ter recebido nenhuma informação a respeito do parto. Apesar da participação da mulher nas consultas de pré-natal ser quase universal cerca de 60% da assistência é classificada como adequada<sup>3</sup>.

Neste estudo, na região Sudeste, a quantidade de mulheres que realizaram o pré-natal chegou a 99,2%, enquanto que a adequação desse serviço foi vista em 69,3%. Taxa bem próxima dos níveis apresentados na pesquisa nacional<sup>3</sup>.

Outros estudos nacionais têm demonstrado algumas falhas nessa assistência, como as dificuldades de acesso, o número inadequado das consultas, o início tardio, realização incompleta de procedimentos que são preconizados, gerando uma queda de qualidade e efetividade das consultas<sup>90,9,15</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>82</sup> (2012), a assistência pré-natal deve incorporar condutas que sejam acolhedoras, desenvolvendo ações educativas e preventivas, minimizando intervenções desnecessárias, detectando patologias de forma precoce, estabelecendo vínculo entre o pré-natal e o local do parto e facilitando o acesso ao serviço de saúde de qualidade.

O trabalho com as mulheres deve por tanto trazer um ressignificado na produção de informação, garantindo isso a elas desde o início da gestação e criando um ambiente de oportunidade para o envolvimento dela e dos seus familiares na promoção do parto normal<sup>49</sup>.

Diferente dos estudos internacionais que valorizam a informação no processo de tomada de decisão, as brasileiras relatam pouca importância dessa informação. A desinformação permeia inúmeras respostas das mulheres no processo gravídico, como as questões referente ao bem-estar do recém-nascido e aspectos do próprio corpo da mulher. Isso favorece um imaginário de mitos e fantasias e distanciam-na do que é científico, além de favorecer a escolha por determinado tipo de parto devido ao desconhecimento do que é natural e do perigo de utilizações desnecessárias da tecnologia ou parto cesáreo<sup>74</sup>.

Nessa pesquisa, pôde-se perceber que as razões levantadas para a preferência por um tipo de parto ou outro não dizem sobre o conhecimento que elas detêm sobre o processo fisiológico do parto. Apesar da escolha inicial ser mais voltada para o parto normal, em uma comparação com estudo de Domingues, Dias, Nakamura-Pereira, Torres, d'Orsi, Pereira et al.<sup>3</sup> (2014) que avalia a condição final do parto, é notório que muitas delas mudam suas opiniões durante o processo da gestação e há um aumento significativo de preferência por cesariana no final da gestação.

Além disso, é importante observar que razões como “agendar a data do parto” fortalecem a questão do não conhecimento das mulheres sobre os riscos de uma retirada do bebê antes do momento. Neste estudo, o fato de terem menor idade, menor escolaridade, ter um atendimento privado e ser da capital fez que aumentasse a escolha pela cesariana devido essa razão.

O desafio no que diz respeito às discussões que visam à escolha informada, trata-se de uma necessidade de aprofundamento nas compreensões sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto. É importante que durante a fase do pré-natal e até em outros meios de convívios com essa gestante seja trabalhado a importância da valorização do parto natural, desmistificando os achados culturais e fortalecendo os conhecimentos baseados em evidência. Também demonstrar a elas que apesar da melhora e maior segurança da cesariana nos dias de hoje quando comparado aos anos passados, suas consequências negativas para a saúde da mulher e de seus bebês permanecem, quando mal indicadas.

“Os dados fornecidos a elas devem ser baseados na literatura para que haja a compreensão de cada procedimento na expectativa de que cada mulher tenha o melhor entendimento sobre o procedimento e assim possa tomar decisões a este respeito com base em informações adequadas” (Diretriz cesariana).

Portanto faz-se necessário a interação do profissional com a gestante e família fortalecendo os laços durante as consultas de pré-natal, dando a elas uma maior fonte de informação que se mostra muito necessária durante este processo bastante delicado que é cercado de dúvidas e anseios<sup>57</sup>.

#### LIMITES DO ESTUDO

Existe a falta de informação para algumas características, portanto, para algumas variáveis, a soma dos subgrupos é menor do que o total da população.

A informação foi colhida no pós-parto, portanto não foi possível avaliar a trajetória do pré-natal. Além disso o fato de estarem no final do processo pode ter alterado o relato de sua preferência pelo tipo de parto no início da gestação. É possível que depois de ter tido um desfecho favorável, a mulher tenha informado que esse era o parto que ela desejava, superestimando a preferência inicial por um tipo de parto (Viés de gratidão).

Por outro lado, tivemos a oportunidade de descrever as questões relativas à construção de preferências e às lacunas de informação e conceitos das mulheres. Embora tenha se passado muitos anos dos primeiros estudos, não foi captado com razão relevante o processo fisiológico, os benefícios para criança, os riscos da cesariana, havendo uma banalização do procedimento cirúrgico. O medo da cesariana não configura uma razão relevante.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento de um filho é um evento crítico na vida da mulher, caracterizando-se como um processo multidimensional por envolver aspectos que vão além da fisiologia, como no que se refere às dimensões emocionais, psicológica, mental e cultural<sup>91</sup>.

Acredita-se que a decisão/preferência pela via de parto deva ser algo construído durante a gestação, sendo o pré-natal um “instrumento” que favorece a busca contínua das informações e orientações fornecidas por profissionais de saúde, respondendo às necessidades de saúde da mulher<sup>57</sup>.

No ciclo gravídico-puerperal é possível perceber que algumas mulheres ainda apresentam informações limitadas sobre importantes aspectos que envolvem esse período e que ainda tem pouca iniciativa a respeito das reivindicações sobre seus direitos<sup>73</sup>. Com isso, faz-se necessária a atuação de profissionais que se capacitam para acompanhar o pré-natal. O cuidar deve ampliar o espaço entre o profissional e a gestante, possibilitando uma relação que vai além do curar e tratar, isso possibilita um ambiente de solicitude, paciência, preocupação e contribui para a humanização da assistência à saúde da mulher corroborando com as políticas de humanização do parto<sup>92</sup>.

As escolhas pela via de parto, estão muitas vezes embasadas por histórias familiares, mitos, experiências tanto positivas quanto negativas de gestações anteriores ou até mesmo por interferência do serviço ou profissional de saúde<sup>73</sup>.

Desta forma, há possibilidade de trabalhar durante a atenção pré-natal, temas como o parto como processo fisiológico, os direitos relacionados à assistência ao parto normal como acompanhantes, acolhimento e a analgesia, incluindo a não-farmacológica, que são eficientes para redução da dor e estão previstas nas diretrizes baseadas em evidências.

Embora o aumento das taxas de cesarianas esteja sendo atribuídos ao “pedido da mulher” em países de média e alta renda, este estudo concluiu que apenas 28,1% manifestaram preferência por essa via de parto no início da gestação.

Nesse estudo, buscou-se conhecer os fatores que influenciam na decisão pela via de parto, sendo possível observar que a preferência pela via de parto normal foi mais alta e que as principais razões de influência nessa decisão estão relacionadas à melhor recuperação e ao entendimento de que o parto normal é

melhor que a cesariana. Para as que preferiram cesariana a razão mais dita entre as mulheres foi o medo da dor do parto normal. Esses achados não se diferenciaram dos estudos nacionais já realizado anteriormente<sup>3,2</sup>.

Além disso, as questões como idade, escolaridade, local de moradia e fonte pagamento variáveis que de alguma forma estiveram associadas razões na escolha pelo tipo de parto. Ressalta-se que a decisão pelo tipo de parto ainda é permeada por dúvidas, medos, ansiedades, especialmente no que se refere à dor. A dor levantada pelas mulheres como justificativa para a escolha no parto é algo que deve ser melhor trabalhado e discutido ao longo do período gestacional, para haja minimização e esclarecimento dos medos e anseios que surgem durante o este período<sup>93</sup>.

Apesar do medo ser apresentado em ambas as escolhas como razão para isso, essa razão não parece estar relacionada somente a falta de informação, mas também vir cercada de problemas enfrentados por mulheres que possuem diferentes classes sociais no que diz respeito à qualidade do atendimento fornecido.

O reconhecimento dessas razões de acordo com características das mulheres estudadas vem contribuir com o fortalecimento das estratégias de redução das cesáreas desnecessárias e na organização do cuidado quanto às estratégias de comunicação no âmbito das políticas públicas, podendo ser melhor trabalhadas.

O desafio persiste na transformação das recomendações em práticas, respeitando as evidências, proporcionando um tratamento respeitoso e digno à mulher. Além disso, há necessidade de melhorias dos serviços e regularização de ações de monitoramento e avaliação da atenção ao parto e nascimento para garantir melhores resultados na assistência à mulher e coibir intervenções desnecessárias e prejudiciais à fisiologia e à experiência da gestação e parto.

## REFERÊNCIAS

1. DATASUS, Ministério da saúde. Departamento de informática do SUS, 2010. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
2. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM 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. 2008 Oct;13( 5 ):1521-1534. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500017&lng=en).
3. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE et al . Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. Saúde Pública. 2014;30( Suppl 1 ):S101-116. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en).
4. D'Alton ME, Hehir MP. Cesarean Delivery Rates Revisiting a3-Decades-OldDogm. JAMA. 2015 Dec;314(21):2238-2240.
5. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciênc. Saúde coletiva. 2013 Aug;18(8):2395-2400. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800024&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800024&lng=pt).
6. Morosini L. Nascer é normal. Revista RADIS. 2014 Aug.
7. Queiroz MVO, Silva NSJ, Jorge MSB, Moreira TMM. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. Rev. bras. enferm. 2005 Dec;58( 6 ):687-691. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000600011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600011&lng=en).
8. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev. Saúde Pública. 2005 Jan;39(1):100-107. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000100013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013&lng=en).
9. Oliveira SMJV, Gonzalez MLR, Rosas MCF, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002 Oct;10( 5 ):667-674. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692002000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000500007&lng=en).
10. Diniz SG, Duarte AC. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). São Paulo, Editora UNESP, 2004.
11. Declercq E. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil?. Cad. Saúde Pública. 2014;30( Suppl 1 ):S39-S40. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014001300010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300010&lng=pt).
12. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014;30(Suppl 1):S5-S5. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=pt).
13. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. Physis. 2012;22( 1

):35-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100003&lng=en).

14. Souza, MR. Parto: entre o desejo e a realização. In: encontro da associação Brasileira de estudos Populacionais (aBeP), anais, realizado em ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.

15. Moura FMJSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Rev Bras Enferm. 2007;(60)4:452-5.

16. Vieira ABL, Lima REV. Crescente incidência de partos cesáreos no Brasil. Anais eletrônicos da 1ª conferência Internacional de Estratégias em Gestão, Educação e Sistemas de Informação. 2012.

17. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados a preferência por cesareana. Rev. Saúde Pública. 2006 Abr;40(2):226-232. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000200007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200007&lng=pt).

18. Davim RMB, Bezerra LGM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002 Oct;10( 5 ):727-732. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000500016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500016&lng=en).

19. Cardoso JE. A dissonância entre desejo e realidade: a escolha da via do parto pelas mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de estudos em saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008.

20. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. HU Revista. 2010;36:296-306.

21. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha Theme MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública. 2014;30(Suppl 1): S17-S32. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en).

22. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interface (Botucatu). 2009;13(Suppl 1):759-768. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=en).

23. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2005 Out;39(5):768-774. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00389102005000500011&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00389102005000500011&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500011>.

24. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2004 Sep;4(3):269-279. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=en).

25. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Dispõe sobre a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde.

26. Diniz CS. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
27. Salgado HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
28. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005 Sep;10(3):627-637. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en).
29. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. 2006. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)
30. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. *Cad. Saúde Pública*. 2003 Dec;19(6):1611-1620. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000600006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000600006&lng=en).
31. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*. 2015 Sep;25(3):885-904. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312015000300885&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000300885&lng=en).
32. Haddad SMT, Cececatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2011 May;33(5):252-262. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032011000500008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032011000500008&lng=en).
33. Potter JE, Berquo E, Perpetuo IH et al. Unwanted cesarean sections among public and privat patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2001;323:1155-8.
34. Potter JE, Hopkins K, Faúdes A, Perpétuo IOP. Womenss autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth*. 2008;35:33-40.
35. Dias MAB. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspeticivas/ Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
36. Caetano AJ. Estudo(s) sobre parto cesáreo indesejado. In: Lansky S, Leão MRC, organizadores. Seminário BH pelo parto normal. Belo Horizonte (MG): Associação Médica de Minas Gerais. Rona Editora, 2008.
37. Camara MFB, Medeiros M, Barbosa MA. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2000.2(2).
38. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MCS, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes múltiparas e primíparas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2013 June;35(6):281-285. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013000600008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000600008&lng=en).

39. Souza CME. C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Camb Q Health Ethics* 1994; 3: 358–366.
40. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede pública e privada de Belo Horizonte. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)-Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
41. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2009;10(1):313-326.
42. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*. 2002 Oct;18(5):1303-1311. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2002000500023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000500023&lng=en).
43. Carneiro RG. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
44. Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S11-S13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300003&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300003&lng=pt).
45. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(Suppl 1):S52-S62. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en).
46. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1): S85-S100. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en).
47. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005 Sep;10(3):699-705. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000300026&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300026&lng=en).
48. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev. bras. enferm*. 2014 Apr;67(2):282-289. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672014000200282&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000200282&lng=en).
49. Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo VS. Contribuições do Pré-natal para o Parto Vaginal: Percepção de Puérperas. *Rev Rene*, Fortaleza, 2011 Jul/Set;12(3):548-54.
50. Vale LD, Lucena EES, Holanda CSM, Cavalcante RD, Santos MM. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre novas mães em maternidade pública. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015 Sep;36(3):86-92. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472015000300086&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472015000300086&lng=pt).
51. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S49-S58. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300013&lng=en).

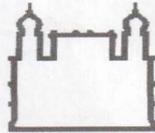
52. Leal MC, Silva AA, Dias MA, Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012;9:15.
53. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme Filha MM, Gama SGN et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 Mar;37(3):140-147. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en).
54. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social science & medicine*. 2000;51(5):725-740.
55. Osis M, Padua KS, Duarte GA et al. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001;75:S59-S66.
56. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto normal: mais segurança para a mãe e para o bebê. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
57. Melo GF. Análise da autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, Goiânia, 2016.
58. Vadeboncoeur H. Parto Natural mesmo após uma cesárea. Ed. M. Books do Brasil. São Paulo, 2015.
59. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*. 2005 Feb;9(16):39-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en).
60. Zorzam BAO, Franzon AC, Diniz CSG. Como se defender das violências iatrogênicas na assistência ao parto: estratégias das mulheres. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 7., 2011, Belo Horizonte.
61. Vale LD, Lucena EES, Holanda CSM, Cavalcante RD, Santos MM. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre novas mães em maternidade pública. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015 Sep;36(3):86-92. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472015000300086&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472015000300086&lng=pt).
62. Freire NC, Nunes IM, Almeida MS, Gramacho RCCV. Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. *Rev Baiana Enf*. 2011;25(3):37-47.
63. Reis SP, Meincke SMK, Bielemann VLM et al. Percepção das puérperas quanto ao cuidado prestado pela equipe de saúde durante o trabalho de parto. *Ciênc Cuid Saúde [Online]*, 2008.
64. Godinho RA. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2000 Apr;8(2):25-32. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1445/1479>.
65. Maldonado MT. Psicologia da Gravidez: parto e puerpério. 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

66. SOUSA, SS; FURTADO, MD; NISHIDA, FS. Parto normal ou cesáreo? Fatores que influenciam na decisão de gestantes pela via de parto. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 4, out. 2016. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/7975>>. Acesso em: 13 mar. 2017
67. Ministério da Saúde (Brasil). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
68. Bonfante TM, Silveira GC, Sakae TM, Sommacal LF, Fedrizzi EN. Fatores associados a preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. *Arquivos Catarineses de Medicina*. 2009;38(1):26-32.
69. Sakae TM, Freitas PF, D'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*. 2009 Jun;43(3):472-480. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000300011&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000300011&lng=pt).
70. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 24( 5 ): 1051-1061. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500012>.
71. Minuzzi A, Rezende CL. Fatores de influência na escolha da via de parto: uma revisão de literatura. *UNINGÁ Rev*. 2013;14(1):37-48.
72. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad. saúde colet*. 2014 Mar;22(1):46-53. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414462X2014000100046&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2014000100046&lng=en).
73. Silva SPC, Prates RCG, Campelo BQA. Parto Normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm UFSM* 2014;4(1):1-9.
74. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saude soc*. 2011 Sep;20(3):579-589. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000300005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300005&lng=en).
75. Faria V. Políticas de Governo e Regulação da fecundidade: Consequências antecipadas e efeitos perversos, *Ciências Sociais Hoje*. 1989.
76. Vieira EM, Souza L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde Pública*. 2009 Jun;43(3):398-404. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300002&lng=en).
77. Caetano, AJ. Ascensão e queda da laqueadura tubária no Brasil: uma avaliação das pesquisas de demografia e saúde de 1986, 1996 e 2006. In: XVII Encontro Da Associação Brasileira De Estudos Populacionais. Anais... Caxambu, MG, 20-24 de setembro 2010.
78. Geledés, Instituto da Mulher Negra. Esterilização: Impunidade ou Regulamentação? Relatório, Geledés. Instituto da Mulher Negra: São Paulo, 1991.
79. Caetano AJ, Potter JR. Politics and female sterilization in Northeast Brazil: Politics and female sterilization in Northeast Brazil. *Population and Development Review*. 2004;30(1):79-108.

80. Berquó E. Asaúde reprodutiva das mulheres na década perdida. Relatório de pesquisa, São Paulo: Cebrap, 1995.
81. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, D'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Nov;25(11):2480-2488. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009001100017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001100017&lng=en).
82. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012.
83. AGUIAR JM, D'OLIVEIRA AFL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2011 Jan/Mar;15(36):79-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>.
84. KRUG EG. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization. 2002.
85. MINAYO MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
86. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H., Rabinow P. Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
87. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. IN: Mulher e realidade: mulher e educação. Porto Alegre: Vozes, 1990.
88. Dip A. Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. 2010. Fundação Perseu Abramo e Sesc. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>
89. Aschidamini IM, Saupe R. Competências na promoção em saúde da família: uma perspectiva de docentes e acadêmicos de Enfermagem [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí. Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho; 2005.
90. Santos ADL, Radovanovic CAT, Marcon SS. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*. 2012;11.
91. Jamshidi Manesh M, Oskouie F, Jouybary L, et al. The Process of Women's Decision Making for Selection of Cesarean Delivery. *Iran J Nursing* 2009;21(56):55-67. Disponível em: <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-591-en.html>.
92. Dias RL, Silva AA, Pereira BB, Pereira JSC, Azevedo MB, Gomes, SKCI. Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem. *Rev rede de cuidados em saúde* 2015;9(2):1-4.
93. Melchiori LE, Maia ACB, Bredariolli RN, Hory RI. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. *Inter Psicol*. 2009;13(1):13-23. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/9858/10482>.



## ANEXO 2 – APROVAÇÃO ÉTICA DO INQUÉRITO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10**  
**CAAE: 0096.0.031.000-10**

**Título do Projeto:** “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as conseqüências da cesariana desnecessária no Brasil)”

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisadora Responsável:** Maria do Carmo Leal

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 26 / 04 / 2010

**Data de apreciação:** 11 / 05 / 2010

**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

  
**PROF. SERGIO REGO**  
 Coordenador do Comitê de  
 Ética em Pesquisa  
 CEP/ENSP

### ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USADO PELO INQUÉRITO

Prezada \_\_\_\_\_.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”, de responsabilidade de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições de pesquisa. O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para a realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto e aos recém-nascidos. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido. Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e de como foi sua assistência desde o pré-natal além de consultar algumas informações em seu prontuário. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos e as respostas serão registradas em um formulário eletrônico. Daqui a 45 a 60 dias entraremos em contato com você por telefone para saber como você e seu bebê estão ou visita-la em seu domicílio, caso necessário. Tudo que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa (passar para o Bloco I da entrevista)

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa, sendo a participação autorizada por seu responsável (passar para o Bloco I da entrevista)

Entrevista realizada com respondente próximo

Não aceitou participar da pesquisa (Solicitar autorização para preenchimento do quadro “Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa”)

Coordenação geral:

Dra. Maria do Carmo Leal

Para esclarecimentos, entrar em contato com a Dra. Silvana Granado ou Dr. Mariza Theme.

Rua Leopoldino Bulhões, 1480- sala 808- Manguinhos- Rio de Janeiro- RJ/ CEP. 21041-210 Tel: (21) 2598-2621. Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – sala 214 Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ/ CEP. 21041-210; Telefaz: (21) 2598-2863- e-mail: cep@ensp.fiocruz.br – <http://www.ensp.fiocruz.br/ética>

O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome e telefone do coordenador estadual: \_\_\_\_\_

Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa:

1- Motivos da Recusa:

\_\_\_\_\_

- 2- Idade da entrevistada (mãe): |\_|\_| anos (preencher com 99 caso ela não queira responder)
- 3- Escolaridade da mãe: Série do Ensino: 1. Fundamental 2. Médio 3. Superior 9. Não quis dar a informação |\_|
- 4- Raça ou cor (opinião do entrevistador): 1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena |\_|
- 5- Tipo de parto 1. Normal 2. Cesariana 9. Não quis dar a informação |\_|
- 6- O seu parto foi pago pelo: 1. SUS 2. Plano de Saúde 3. Particular |\_|
- 7- Nome completo da Entrevistada (mãe):  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 1- SOLICITAÇÕES DO USO DO BANCO DE DADOS DO INQUÉRITO



Projeto de pesquisa: **“Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”**

Coordenação geral: Maria do Carmo Leal

*Formulário de solicitação de banco de dados*

<i>Solicitante: Thayná Caixeiro</i>	
<i>Data da solicitação: 05/11/2015</i>	
<i>Título da dissertação(provisório) : RAZÕES PARA PREFERÊNCIA DO TIPO DE PARTO: RESULTADOS DA PESQUISA “NASCER NO BRASIL” NA REGIÃO SUDESTE</i>	
<i>Objetivo: Analisar as razões referidas pelas mulheres no início da gestação para a preferência pelo tipo de parto na região Sudeste.</i>	
<i>Objetivos Específicos:</i>	
1-	Analisar as razões referidas pelas mulheres para a preferência pelo tipo de parto de acordo com o local de residência.
2-	Analisar as razões referidas pelas mulheres para a preferência pelo tipo de parto de acordo com características socioeconômicas, do pré-natal, obstétricas.
3-	Analisar as razões referidas pelas mulheres para a preferência pelo tipo de parto de acordo com a fonte de pagamento.
<i>Variáveis a serem utilizadas (códigos como constam no questionário iniciando com o(s) desfecho(s): Variáveis dependentes: as razões pela preferência do tipo de parto no começo da gravidez; Variáveis independentes: paridade, fonte de pagamento, tipo de parto e o estado de residência.</i>	
<i>Descrição das variáveis do estudo:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Razões pela preferência do tipo de parto: Melhor recuperação no parto normal (sim/não); parto normal é melhor que cesariana (sim/não); histórias de parto de sua família e/ou de suas amigas (sim/não); medo da cesariana (sim/não); informação sobre o parto (sim/não); a preferência de seu marido pelo tipo de parto (sim/não); ter um profissional conhecido na hora do parto (sim/não); medo da dor do parto normal (sim/não); o medo do parto normal alterar sua vagina (sim/não); queria ligar as trompas (sim/não); experiência anterior positiva com o</li> </ul>	

<p>parto normal (sim/não); experiência anterior negativa com o parto normal (sim/não); experiência anterior positiva com a cesariana (sim/não); experiência anterior negativa com a cesariana (sim/não); o medo da anestesia (sim/não); para agendar a data do parto (sim/não); Informação na internet (sim/não); Informação em jornal e revista (sim/não); Informação na televisão (sim/não); Informação em grupos de gestante (sim/não); e razões que se enquadram dentro da categoria outros (sim/não) que são, comodidade para a mulher; problemas de saúde; maior segurança cesariana para o recém-nascido; aspectos negativos do parto vaginal; desejo pelo parto cesáreo; ter cesariana anterior; desejo pelo parto vaginal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características sociodemográficas: Idade (&lt; 20 anos, 20-34 anos, 35 ou mais), Escolaridade (Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio completo, Ensino Superior completo); Cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela, indígena); Situação conjugal (vive ou não com o companheiro); Trabalho remunerado (sim, não);</li> <li>• Característica Obstétrica: Paridade;</li> <li>• Características relacionadas ao pré-natal: Realização do pré-natal (sim, não); Preferência inicial da mulher pelo tipo de parto (parto vaginal, cesariana ou sem preferência).</li> </ul>
<p><i>Breve descrição do plano de análise:</i> As análises dos dados serão realizadas comparando-se as principais razões das mulheres pela preferência inicial do tipo de parto segundo paridade, fonte de pagamento e estado de residência. Também será realizada uma descrição das características maternas das primíparas e múltiparas, essas características incluem as condições socioeconômicas, a assistência pré-natal e a preferência inicial pelo tipo de parto e serão divididas entre as atendidas por fonte de pagamento privado e fonte de pagamento pública. Após, essas mesmas características serão avaliadas segundo escolha inicial do tipo de parto. Os dados obtidos serão submetidos a análises estatísticas para amostras complexas Todos os testes serão submetidos à ponderação dos dados segundo o plano amostral. quando aplicado o Teste de hipóteses Qui-quadrado de Person através do Software IBM SPSS 20.0. O nível de significância adotado para as análises será de 5%.</p>
<p><i>Autor principal e possíveis co-autores:</i> Thayná Caixeiro; Maria Auxiliadora Gomes; Kátia Silveira da Silva</p>
<p><i>Opções de periódico(s)(em ordem de prioridade):</i> Cadernos de Saúde Pública; Revista de Saúde Pública; Birth</p>
<p><i>Prazo previsto para submissão – quando conveniente –</i> Entre Fevereiro a Março de 2017</p>

***TODOS OS ARTIGOS ORIGINÁRIOS DO INQUÉRITO DEVEM INSERIR NOS AGRADECIMENTOS (outros, específicos, devem ser inseridos caso a caso como bolsas etc)***

***Financiamento***

*Este artigo é originário do Projeto Nascer no Brasil Inquérito Epidemiológico sobre parto e nascimento. Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo número xxxxx e desenvolvido no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.*

## APÊNDICE 2- TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS DA PESQUISA



### TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS DA PESQUISA NASCER NO BRASIL

Título do projeto: Razões referidas pelas mulheres para preferência do tipo de parto: uma avaliação da região sudeste a partir dos dados da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre o parto e nascimento”

Pesquisadores envolvidos: Thayná Caixeiro (autora), Maria Auxiliadora Gomes (orientadora) e Kátia Silveira da Silva (co-orientadora)

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- 1- Preservar a privacidade dos pacientes de quem os dados foram coletados;
- 2- Utilizar as informações do banco de dados cedido exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- 3- Comprometer-se que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito de pesquisa;
- 4- Manter a necessária cautela com os dados dos sistemas informatizados, quando da exibição de dados em tela, impressora ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência pessoas não autorizadas;
- 5- Repassar os comandos de construção de variáveis utilizadas, bem como informar quaisquer alterações no padrão das mesmas para a equipe central da pesquisa;
- 6- Citar o nome completo do projeto “Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento” e, na metodologia do projeto em questão referir sobre o artigo publicado sobre o protocolo de estudo;
- 7- Citar sempre fontes de financiamento e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ);

Rio de Janeiro, 17 de fevereiro de 2016

---

Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável (Autor principal)