



Universidade de Brasília
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PERCEPÇÃO DAS MULHERES GRÁVIDAS SOBRE PARTO E CESÁREA

RAYANE NATHALY AMARAL DA SILVA

BRASÍLIA
Julho de 2017

RAYANE NATHALY AMARAL DA SILVA

PERCEPÇÃO DAS MULHERES GRÁVIDAS SOBRE PARTO E CESÁREA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília/UnB, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientação: Profa. Dra. Luiza de Marilac Meireles Barbosa

BRASÍLIA
Julho de 2017

RAYANE NATHALY AMARAL DA SILVA

PERCEPÇÃO DAS MULHERES GRÁVIDAS SOBRE PARTO E CESÁREA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Brasília, 5 de julho de 2017.

COMISSÃO AVALIADORA

Profa. Dra. Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Orientadora

Profa. Dra. Priscila Almeida Andrade
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliadora

Rony José da Silva
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Avaliador

Dedico este trabalho a minha família, em especial a minha mãe, Vilene, por ser minha fonte de inspiração, meu exemplo de figura materna e de grande mulher.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que se fizeram presentes ao longo da caminhada para a construção deste trabalho. Por todos que, de alguma forma, passaram pela minha vida ao longo desses quatro anos e meio, deixando comigo suas contribuições, agregando valor para a profissional que pretendo ser, e, principalmente, para minha evolução como ser humano.

Agradeço à Profa. Luiza de Marilac Meireles Barbosa, minha orientadora, com quem eu tive o prazer de dividir a construção deste trabalho a partir dos seus ensinamentos sempre muito pertinentes e passados de maneira gentil e amorosa, pela grande professora e profissional que é, por suas aulas que me despertaram para a temática tratada, pela dedicação empenhada, por estar sempre presente e disponível quando solicitada, por sempre me incentivar ao melhor.

Agradeço à Profa. Priscila Almeida Andrade pelo acolhimento oferecido ao longo da graduação, pelos ensinamentos passados em suas aulas, pelo carinho com que transmite a luz e o amor aos seus alunos, por ter me proporcionado conhecer novas culturas e modos de enxergar a vida, por me apresentar a meditação que foi muito pertinente para manter o equilíbrio durante esta construção, e por ter aceito participar da minha banca examinadora. Meus sinceros agradecimentos pelos conhecimentos partilhados que ultrapassam a sala de aula.

Agradeço ao Rony José da Silva, meu primeiro preceptor, pelos conhecimentos transmitidos durante o estágio 1, pela disponibilidade, pela ajuda na realização desta pesquisa e por ter aceito participar da minha banca examinadora.

Agradeço aos profissionais da unidade de saúde onde desenvolvi a atividade de campo desta pesquisa, por possibilitarem esta investigação, e a todas as mulheres participantes por dividirem comigo suas histórias tão particulares.

Agradeço aos meus colegas de graduação, com os quais tive o ensejo de construir laços, dividir momentos de alegria, compartilhar dificuldades, desenvolver trabalhos, conhecer novas oportunidades e arquitetar pensamentos em conjunto. Em especial, agradeço à Thamile Helena de Oliveira Pereira, Beatriz Torres Araújo, Cássio Henrique Oliveira da Conceição e Alex Alves Sousa, pela amizade e todo apoio ao longo do caminho.

Agradeço aos meus pais, Vilene da Silva Amaral e Ben-hur Amaral da Silva, por todos os ensinamentos compartilhados, pelo apoio, por acreditarem em mim e contribuírem para o que sou hoje. Em especial, agradeço a minha mãe por ter me acompanhando durante as entrevistas e pela ajuda durante a abordagem das participantes.

Agradeço ao Raphael Costa Guerra, meu namorado e amigo, pela paciência, por todo o apoio e pelo auxílio prestado para a construção deste trabalho.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a Deus, a quem recorri diversas vezes para me manter firme, pelas bênçãos concedidas, pelas oportunidades e pessoas colocadas em meu caminho. Com todo meu amor, minha imensa gratidão.

Escutar uma gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete à condição de poder ou não gerar um filho, sendo-se homem ou mulher. Suscita solidariedade, apreensão. Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito se dispõe a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e por isso exige um grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências.

Assistência Pré-Natal - Manual Técnico,
Ministério da Saúde, 2000

RESUMO

A atual proporção de cesáreas no país (57%) apresenta-se elevada, muito além do parâmetro estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, que é de 15% do total de nascimentos. No ano de 2015, o Distrito Federal (DF) revelou uma proporção de 55% de cesáreas, enquanto esse indicador na cidade de Ceilândia - DF, em 2014, atingiu o valor de 47%. O aumento do número de cesáreas, nos últimos anos, está atrelado a diversos fatores, alguns dos quais motivam a decisão da mulher grávida pelo procedimento cirúrgico. Sendo assim, o objetivo deste trabalho consistiu em conhecer os motivos que influenciam as mulheres gestantes, de uma Unidade Básica de Saúde da Superintendência da Região de Saúde Oeste, na cidade de Ceilândia – DF, na preferência por parto ou cesárea, no primeiro semestre de 2017. Partiu-se da premissa de que muitas das razões das mulheres terem preferência pela cesárea estão relacionadas à desinformação dos possíveis riscos as quais estão sujeitas durante e após a cirurgia, e somada à decisão dessas mulheres influenciadas por experiências negativas em partos anteriores. Trata-se de uma pesquisa descritiva de estratégia quanti-qualitativa, incluindo entrevistas semiestruturadas (N=15) e observação participante. Os dados quantitativos foram organizados em planilha Excel 2013, enquanto os qualitativos receberam tratamento pela análise de conteúdo temática. A maioria (73%) das mulheres indicou ter preferência pelo parto sobre a cesárea. As razões influentes nessa decisão apareceram ligadas às experiências próprias e de outras mulheres bem como ao valor atribuído à recuperação mais rápida. Espera-se que os resultados desta investigação possam contribuir para a orientação de políticas públicas de educação em saúde, na área da saúde materna, voltadas à informação dos riscos e benefícios do parto e da cesárea para o feto e para a mulher que vivencia a maternidade, considerando os direitos da mulher, enquanto gestante, às informações pertinentes às intervenções durante a gravidez.

Palavras-chave: Parto. Cesárea. Gravidez. Saúde materna. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The current proportion of cesarean section in the country (57%) presented high, far beyond the parameter set by the World Health Organization, which is 15% of all births. In the year 2015, the Distrito Federal (DF), Brazil, revealed a ratio of 55% of cesarean section, while this indicator in the city of Ceilândia-DF, in 2014, has reached the value of 47%. The increased number of cesarean section in recent years is related to several factors, some of which motivate the decision of the pregnant woman by the surgical procedure. Therefore, the aim of this study was to know the reasons that influence the pregnant women, at an Basic Health Unit of the Superintendence of the Health region West, in the city of Ceilândia-DF, about the preference for delivery or cesarean section, in the first half of 2017. It was based on the premise that many of the reasons women have preference for cesarean section are related to the misinformation of the possible risks which are subject during and after surgery, and added the decision of these women be influenced by negative experiences in previous births. It is a descriptive research of quantitative and qualitative strategies, including semi-structured interviews (N = 15) and participant observation. Quantitative data were organized into Excel spreadsheet 2013, while qualitative received treatment by thematic content analysis. The majority (73%) of the women indicated preference for childbirth over the c-section. The influential reasons in that decision appeared linked to their experiences and the experiences of other women's as well as the value attributed to faster recovery. It will hope that the results of this research contribute to the orientation of public health education policies in the area of maternal health, aimed at providing information on the risks and benefits of childbirth and cesarean delivery to the fetus and to woman, considering the rights of pregnant women to information on risks and benefits of interventions during pregnancy.

Keywords: Delivery. Cesarean section. Pregnancy. Maternal health. Women's health.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 — Contribuição do percentual de cesáreas nas regiões do país e percentual de cesáreas no Brasil, de 2000 a 2015	23
Tabela 2 — Contribuição do percentual de cesáreas de cada unidade federada do Centro-Oeste e percentual de cesáreas na região Centro-Oeste, nos anos de 2000 e 2015	24
Tabela 3 — Percentual de cesáreas no Distrito Federal, nos anos de 2000, 2005, 2010 e 2015.....	24
Tabela 4 — Número das mulheres gestantes entrevistadas por preferência atual ao parto ou à cesárea, segundo faixa etária	34
Tabela 5 — Número das mulheres gestantes entrevistadas por preferência atual ao parto ou à cesárea, segundo escolaridade	35
Tabela 6 — Perfil sociodemográfico das mulheres gestantes entrevistadas	36
Tabela 7 — Perfil obstétrico das mulheres gestantes entrevistadas	38
Quadro 1 — Descrição de algumas variáveis demográficas e obstétricas, por cada mulher entrevistada	37
Quadro 2 — Preferência atual ao parto ou à cesárea conforme número de gestação e experiência de parturição.....	49

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1 — Percentual de cesáreas em hospitais públicos e privados do DF, de 2000 a 2014	25
Gráfico 2 — Indicações de cesáreas, segundo a percepção das mulheres gestantes entrevistadas	56
Figura 1 — Categoria "Redes Influentes", subcategorias e componentes.....	41
Figura 2 — Categoria "Percepção da cesárea anterior, suas subcategorias e componentes	45
Figura 3 — Categoria "Percepção de parto e de cesárea", suas subcategorias e componentes	48

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- (ANS) Agência Nacional de Saúde Suplementar
- (CFM) Conselho Federal de Medicina
- (DF) Distrito Federal
- (ESF) Estratégia Saúde da Família
- (Unicef) Fundo das Nações Unidas para a Infância
- (IHI) Institute for Healthcare Improvement
- (MS) Ministério da Saúde
- (OMS) Organização Mundial da Saúde
- (SES-DF) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
- (Sinasc) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
- (UBS) Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1. Medicalização do Parto.....	18
3.2. Indicações da Cesárea.....	20
3.3. Situação Epidemiológica.....	22
3.4. Fatores Influentes na Escolha do Parto e da Cesárea.....	26
4. OBJETIVOS	28
4.1 Objetivo Geral.....	28
4.2 Objetivos Específicos.....	28
5. MÉTODO.....	29
5.1. Local de Pesquisa.....	29
5.2. Participantes.....	29
5.2.1. Critérios de inclusão.....	29
5.2.2. Critérios de Exclusão	30
5.3. Estratégia de Coleta de Dados.....	31
5.4. Instrumentos.....	31
5.5. Coleta de dados.....	32
5.6. Análise dos Dados.....	32
5.7. Aspectos Éticos.....	33
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6.1. Caracterização das Participantes.....	34
6.2 Assistência ao pré-natal: palestra educativa.....	39
6.3. Redes Influentes.....	41
6.4 Percepção da Cesárea Anterior.....	45
6.5. Percepção do Parto e da Cesárea.....	47

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
APÊNDICE A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65
APÊNDICE B. Roteiro de entrevistas semiestruturadas	67
APÊNDICE C. Quantificação das respostas da entrevista	70
APÊNDICE D. Comparação entre os pontos indicados no manual técnico do MS e os observados nas palestras assistidas de pré-natal.....	72
ANEXO A. Classificação de Robson	73
ANEXO B. Diretrizes para a operação cesariana no Brasil.....	74
ANEXO C. Taxas de cesariana por região, sub-região e cobertura das estimativas	83
ANEXO D. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	84

1. INTRODUÇÃO

A experiência de dar à luz é única para cada mulher, corresponde a um momento pessoal e desafiador. Entretanto, com os avanços tecnológicos ocorridos nos últimos tempos, a assistência ao parto tem se tornado cada vez mais semelhante. O parto transformou-se em um evento técnico e medicalizado e as cesáreas têm ocorrido em proporções cada vez maiores (CASTRO, 2014; WEIDLE et al. 2014; GAMA et al, 2009).

Parir é um evento fisiológico em que a mulher é protagonista, o parto é realizado por ela e seu corpo. Já o procedimento cirúrgico, conhecido como parto cesáreo ou parto cirúrgico, realizado para extrair o feto vivo, não se trata de parto. O emprego desse termo trata-se de uma “combinação de conceitos conflitantes, apresentados como ‘quase a mesma coisa’ que parto normal” (CARVALHO, 2015, p.102). Dessa forma, há uma naturalização da prática, as mulheres submetidas à cirurgia acreditam ter parido, elas são postas numa posição de protagonismo fictício a partir da terminologia utilizada (CARVALHO, 2015). Os termos, doravante, utilizados neste trabalho vão ao encontro dos conceitos apresentados pela autora Carvalho (2015), ou seja, o procedimento cirúrgico será chamado de cesárea e o evento fisiológico de parto, apenas. Desse modo, não serão adotados os termos “parto cirúrgico” ou “parto cesáreo”.

Estudos têm apontado que as pessoas do convívio das mulheres grávidas podem influenciar na escolha do modo de nascer do seu filho, se por meio de parto ou cesárea. As informações recebidas muitas vezes são contraditórias e dificultam que a mulher identifique a melhor opção. Nesse aspecto, a vulnerabilidade da mulher, desencadeada pelo processo gravídico puerperal, junto à detenção do conhecimento pelo médico, pode favorecer uma relação verticalizada, tendo em vista a relação paternalista vigente, prevalecendo a vontade do médico em detrimento da sua (WEIDLE et al. 2014; LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013). No entanto, é importante saber que, muitas vezes, a mulher tem o desejo de se submeter à cesárea por seus próprios motivos, tendo em vista, que o novo modelo maternal é baseado no planejamento, na praticidade e tecnologia, visando à segurança e melhor aproveitamento do tempo. Assim a mulher, considerando tais características, assume um papel decisivo no processo de escolha pelo parto ou cesárea (WEIDLE et al. 2014; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Considerando esses aspectos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, em 1985, que as proporções de cesárea não ultrapassassem 15% em todo o mundo. Mas não é o que se observa nos últimos anos (PATAH, 2008). Segundo os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), em 2014, no Brasil, 57% dos nascimentos foram provenientes de cesáreas, dado esse preocupante e que levou o Estado a tomar medidas, visando à redução de cesáreas desnecessárias. Tendo em vista que o procedimento cirúrgico pode ser realizado a partir do pedido da mulher grávida, a Resolução nº 2.144, de 22 de junho de 2016, do Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelece que para a segurança do feto, a cesárea a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário. Outra iniciativa importante é a Portaria nº 306, de 28 de março de 2016, que aprova as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, que foram criadas a partir da necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre a cesárea no Brasil e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ela submetidas. Essa referida norma técnica estipula que a mulher grávida, ou seu responsável legal, deve estar ciente dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos.

Além disso, demonstra-se a atual preocupação com as altas proporções de cesáreas, especialmente, no âmbito da saúde suplementar, já que as taxas chegaram a mais de 84%, em 2015, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2017). A ANS junto ao Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde (MS), criou o projeto Parto Adequado para ser implementado em hospitais privados e públicos com o objetivo de “mudar o modelo de atenção ao parto, promovendo o parto, a partir da qualificação dos serviços de assistência ao parto, buscando reduzir riscos desnecessários”. A primeira edição do referido projeto envolveu 35 hospitais, dentre os quais, quase 90% dos hospitais conseguiram aumentar o percentual de partos normais e mais da metade deles realizou mais de 40% de partos normais, cinco meses antes do término da fase piloto. Além do aumento da proporção de partos, também houve melhorias significativas quanto à internação em unidades de tratamento intensivo neonatal. Ressalta-se que 12 hospitais reduziram esse indicador de 63 internações por mil nascidos vivos para 48 por mil nascidos vivos, entre abril de 2014 e maio de 2016. Esse é um dos

indicadores importantes para mensurar a efetividade do projeto e as melhorias proporcionadas para a saúde materno-infantil (ANS, 2016).

Diante do atual cenário de elevada proporção de cesáreas e aplicação de intervenções para sua redução, esta pesquisa objetiva conhecer a percepção das mulheres grávidas sobre o parto e a cesárea, assistidas por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da localizada na cidade de Ceilândia, do Distrito Federal (DF), pertencente à Superintendência da Região Oeste de Saúde.

Desse modo, as perguntas norteadoras desta pesquisa foram:

- No atual cenário de configuração epidêmica de cesáreas, quais motivos levam as mulheres a preferirem a cesárea ao parto?
- As mensagens passadas sobre o parto e a cesárea durante o pré-natal, por ocasião das palestras e consultas individuais, podem influenciar as mulheres gestantes na preferência pelo modo de nascer de seus filhos?
- As informações encontradas na mídia podem ser influentes na preferência ao parto ou à cesárea?
- As mulheres com histórico de cesárea anterior teriam preferência por cesárea sobre parto, para desfecho da gravidez atual/
- As mulheres têm conhecimento sobre os possíveis riscos da cesárea?

2. JUSTIFICATIVA

Esta pesquisadora foi despertada para a temática desta investigação, quando cursou a disciplina de Epidemiologia para Gestão em Saúde, no primeiro semestre de 2015. A referida disciplina abordava questões sobre saúde materno-infantil. Além disso, houve a oportunidade de participar da exposição Sentidos do Nascer que aconteceu em Brasília no mês de outubro daquele mesmo ano. Nesse evento, foi vivenciada uma grande experiência de aprendizado sobre o assunto, oportunidade em que foram assistidos vídeos relativos a partos que demonstravam a importância da qualidade de assistência aos mesmos. A pesquisadora sentiu-se tocada e desejou saber mais sobre o motivo de haver, atualmente, tantas cesáreas.

As causas do aumento da proporção de cesáreas têm sido discutidas cada vez mais e são levantadas diversas hipóteses para justificar tal feito. Pode-se observar desde o desejo das mulheres pela cesárea até a conveniência desse tipo de intervenção cirúrgica para os profissionais que a realizam. Não há problema a mulher desejar a cesárea, a questão está na desinformação, nos mitos, na cultura imposta e nos riscos reais que o procedimento acarreta (Welder et al, 2014; CECATTI, 2014; PINHEIRO; BITTAR, 2013; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; BARBOSA et al, 2003). É importante ter uma visão ampliada sobre todo o percurso feito pela mulher antes, durante e após a gestação, a mulher deve ser informada das possíveis complicações que pode ter e dos riscos à saúde do filho, “vale ressaltar que o parto cesáreo está se transformando em problema de saúde pública, dados os possíveis riscos causados de forma desnecessária nos partos que aconteceriam sem intercorrências” (WELDER et al, 2014, p. 47).

Dessa forma, torna-se necessário conhecer os motivos particulares que contribuem para o Brasil estampar as mais altas taxas de cesárea do mundo. Atualmente é considerado que “o grande desafio na atualidade é que a cesárea já está inserida culturalmente como via de parto” (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011, p. 588). Para o sanitarista é imprescindível estudar questões de saúde pública articulando diversos saberes, daí o interesse específico desta pesquisadora em saber das motivações para parto ou cesárea, escutando mulheres grávidas residentes em Ceilândia, que é a cidade em que esta autora reside e onde está inserida a Universidade do curso de Saúde Coletiva desta investigadora.

Como benefícios desta pesquisa, visualiza-se que os resultados desta investigação possibilitem a orientação de políticas públicas na área de saúde materna direcionada a educação em saúde, conforme o perfil de percepção das mulheres sobre parto e cesárea, refletindo assim em benefícios para futuras mulheres gestantes. Desse modo, espera-se que posteriormente a discussão do tema sobre parto e cesárea possa contribuir para a clareza das mulheres sobre as reais indicações de cesárea, a fim de evitar percepções equivocadas e mistificadas, além de intervenções cirúrgicas desnecessárias. Assim como desfecho primário, espera-se que o conhecimento da percepção das mulheres grávidas sobre parto e cesárea seja uma variável importante na prática da atenção pré-natal, orientando as ações de educação em saúde, junto às gestantes.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Medicalização do Parto

A evolução científica e cultural ocorrida ao longo do tempo contribuiu significativamente nos hábitos e o modo de vida das pessoas. O parto, em particular no mundo ocidental, deixou de ser vivenciado como um evento natural e familiar para se tornar um evento médico e hospitalar. A experiência pessoal, privada e íntima compartilhada apenas com outras mulheres no domicílio, passou a ser acompanhado por profissionais de saúde no ambiente hospitalar (CASTRO, 2014).

De acordo com Diniz e Duarte (2004), o século XX trouxe grandes avanços na assistência, a partir do uso seguro de antibióticos, anestésicos, derivados de sangue e da realização de cesáreas, o que acarretou um impacto imenso na segurança e sobrevivência de mulheres e crianças. O cuidado prestado à mulher e à família sofreu modificações significativas, principalmente a partir desse século, com a institucionalização da assistência, o parto hospitalar predominou. O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do saber médico, resultando na medicalização do corpo feminino (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Patah (2008) afirma que essa evolução ocorreu na época em que inúmeros avanços da medicina transformaram a cesárea numa alternativa segura, quando há possibilidade de problema para a mulher ou para o feto. Assim, o parto deixou o âmbito domiciliar para adentrar o hospital por se tornar necessário ou, pelo menos conveniente. O parto foi tratado como uma patologia a ser remediada por meio de um conjunto de intervenções, ou a ser prevenida através de uma cesárea (DINIZ; DUARTE, 2004).

Segundo Rattner (2009), com os avanços na antibioticoterapia e na disponibilidade de meios tecnológicos para diagnósticos e terapêuticas, somando-se à melhoria nas condições de vida, conquistou-se a efetiva redução na mortalidade materna e neonatal. Contudo, nos últimos anos a mortalidade materna no Brasil tem se mantido constante e muito superior à dos países desenvolvidos, independentemente dos avanços científicos e da incorporação de novas tecnologias de suporte vital. Estudos recentes da OMS sugerem que taxas populacionais de cesárea superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (BRASIL, 2016).

Hoje, vigoram três modelos de atenção ao parto que estão presentes em diversos países: o de perfil altamente medicalizado, tecnocrático, que faz uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetrias, encontrado nos Estados Unidos da América, na maioria dos países europeus e nas regiões urbanas do Brasil; o de teor humanizado, com maior participação de obstetrias e menor frequência de intervenções, encontrado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; e o modelo misto, em curso na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália (SILVA et al., 2016; WAGNER, 2001).

Tendo em vista os modelos adotados, Diniz e Duarte (2004) alegam que o modelo intervencionista já foi superado pela evidência científica, contudo permanece porque é conveniente a muitos interesses – dos hospitais e dos profissionais, e mesmo nas relações entre homens e mulheres. O modelo tecnocrático foi adotado no mundo ocidental, especialmente nas Américas, e caracteriza-se por: institucionalização do parto, utilização acrítica de novas tecnologias, incorporação de inúmeras intervenções, sendo que em sua maioria são desnecessárias, e acaba por atender, preferencialmente, à conveniência dos profissionais de saúde. Uma consequência dessa concepção refere-se às altas taxas de cesáreas, monitoramento fetal, episiotomias e outras (RATTNER, 2009).

No modelo tradicional, considera-se o corpo feminino sempre dependente da tecnologia, frágil e potencialmente perigoso para o feto (DINIZ; DUARTE, 2004). Os avanços tecnológicos contribuíram para o aumento dos procedimentos cirúrgicos no parto. Silva (2016), com base no inquérito nacional sobre parto e nascimento, denominado: Nascer no Brasil (Fiocruz, 2011), afirma que no país a assistência à parturiente se caracteriza por uma elevada frequência de intervenções, destacando o fato de que no ano 2000, o número de cesáreas chegou a 38% do total de partos, e, em 2008, o país foi considerado um dos líderes mundiais em cesáreas com uma proporção de 48%. Foram observados percentuais de cesárea, nos valores de 32% em 1994 e de 52% em 2013.

Sendo assim, tendo em vista os progressos tecnológicos, Patah (2008) afirma que o grande avanço e a incorporação de novas tecnologias na medicina, a partir de 1950, trouxeram questões não apenas médicas, mas também éticas a serem debatidas. A preocupação com a elevação progressiva da incidência de cesárea em diversos países do mundo culminou com a ação de entidades internacionais, na intenção de orientar instituições de saúde e médicos com relação às indicações e riscos da cesárea.

3.2. Indicações da Cesárea

Na declaração da OMS (2015, p. 1) sobre taxas de cesáreas, a organização diz que “a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos”. De acordo com a Portaria nº 306, de 28 de março de 2016, que aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, “em condições ideais, a operação cesariana é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves”. Até porque, quando o procedimento é realizado em decorrência de razões médicas, a operação contribui para a manutenção da vida da mulher e da criança, atuando na redução da mortalidade materna e perinatal. No entanto, a cirurgia é comumente realizada de forma desnecessária, sem que haja causas médicas que possam justificar as altas taxas observadas no Brasil (BRASIL, 2016).

Podem ser consideradas diversas proposições para explicar a atual preferência a cesárea ao parto, existente entre mulheres e obstetras. Sendo que, ambos sofrem influência de diversos fatores: socioculturais; institucionais e legais. De acordo com Torres et al (2014), “não existem razões clínicas que justifiquem uma prevalência de 90% de cesarianas, esse resultado sugere que fatores não clínicos influenciam o processo de tomada de decisão sobre o tipo de parto”. Podem existir várias causas para justificar a preferência dos médicos pela cesárea, mas, atualmente, a principal é a conveniência. Uma cirurgia programada tem um tempo planejado, ao contrário do parto que pode ocorrer durante qualquer dia da semana, em qualquer horário e ocupar um período de tempo imprevisível (FAUNDES; CECATTI, 1991).

A cesárea pode acarretar em implicações tanto para a parturiente quanto para o recém-nascido, além dos fatores econômicos que a cirurgia demanda. Faundes e Cecatti (1991, p. 161) expõem que a cesárea resulta numa recuperação mais difícil para a puérpera, o que contribui para “um período maior de separação entre ela e o filho, uma demora no primeiro contato entre eles e no início da amamentação”. Os referidos autores relacionam a taxa e a duração da amamentação, afetadas pela cesárea, ao aumento do uso de analgésicos e o maior desconforto das mães em lidar com o neonato. Quanto às consequências econômicas, esses autores ainda confirmam que a soma de muitas decisões semelhantes tomadas diariamente pode afetar seriamente o custo da assistência à saúde

materno-infantil de diversas maneiras. A cirurgia demanda maior consumo de materiais, além da estadia prolongada e o uso de medicamentos.

Existem riscos provenientes da cesárea para o neonato. Um desses riscos consiste na interrupção prematuramente da gestação que ocorre comumente nos casos de cesáreas com data marcada. Nestes casos pode haver erro de cálculo da idade gestacional e a criança nascer de forma prematura. Dessa forma, o recém-nascido demandará internação por um período maior, assistência neonatal intensiva por um tempo e cuidado semi-intensivo, o que aumenta a demanda dos serviços de saúde (FAUNDES; CECATTI, 1991).

A OMS (2015) afirma que, ao longo das últimas três décadas, pôde-se conhecer mais sobre os benefícios e riscos da cesárea, além de ter ocorrido uma evolução nos cuidados obstétricos e também nos métodos para avaliar evidências e formular recomendações. Dessa maneira, a OMS estabeleceu um limite de 15% como apropriado para a prevalência de cesáreas por indicação médica. No entanto, a Organização diz que, atualmente, não existe uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente que permita comparar, de forma relevante e útil, as taxas de cesáreas em diferentes hospitais, cidades ou regiões. Por isso, a OMS defende que a Classificação de Robson seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo.

Na Classificação de Robson são criados dez grupos (anexo A), a partir de cinco características obstétricas colhidas, rotineiramente, nas maternidades, sendo elas: paridade (nulípara ou multípara com e sem cesárea anterior); início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); idade gestacional (pré-termo ou termo); apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); e número de fetos (único ou múltiplo). Então, o sistema classifica todas as mulheres grávidas em um dos dez grupos, a categorização é simples e clinicamente relevante, pois permite que as gestantes possam ser classificadas imediatamente em um dos grupos, com base em características básicas. A classificação permite a comparação entre as taxas de cesáreas sem tantos fatores de confusão.

Considerando que há muita divergência entre as indicações de cesárea, a Secretaria de Atenção à Saúde do MS propôs diretrizes (anexo B) para orientar os

profissionais da saúde e a população sobre as melhores práticas relacionadas ao tema baseadas nas evidências científicas existentes (BRASIL, 2016).

3.3. Situação Epidemiológica

Cada país tem sua organização política, grau de intervenção do Estado, prioridades públicas e sua forma de assistência à saúde. Os determinantes sociais são fatores consideráveis para entender o funcionamento de cada nação. O modelo de assistência à mulher, enquanto gestante, e ao parto é influenciado por tais características, sendo assim, traz impacto direto sobre as taxas de cesárea. Dessa forma, acredita-se que diversos modelos de assistência ao parto, associados aos fatores que determinam a escolha por parto ou cesárea, definem a forma de organização da prática médica estabelecida nos diversos países, fortemente ligada à incidência de cesárea nesses locais (PATAH, 2008).

Isto posto, no estudo realizado, em 2005, por Betrán et al. (2007), nota-se a diferença existente em cada país quanto à forma de nascer da população. Apesar da distribuição desigual, a observação feita em 126 países evidenciou que 15% dos nascimentos em todo o mundo acontecem por cesárea. Sendo que, as taxas mais altas são encontradas nos países desenvolvidos, na América Latina e no Caribe. Enquanto as menores taxas de cesárea estão entre países em desenvolvimento (anexo C). No continente da África, a proporção de cesáreas é de 3,5%, com as taxas mais altas na África do Sul (15,4%); no Egito (11,4%); e na Tunísia (8%). Enquanto, Chade (0,4%), Madagáscar, Níger e Etiópia (0,6%) mostram as taxas de cesárea mais baixas do mundo.

Ainda o estudo dos referidos autores demonstra que a taxa média de cesáreas na Ásia é de 15,9%. Salienta-se que a China apresenta a maior proporção (40,5%). Na Europa, a taxa média é de 19%, com as taxas mais elevadas na Itália (36%) e em Portugal (30,2%). As taxas mais baixas são observadas na Sérvia (8%) e na Moldávia (6,2%). A região da América Latina e o Caribe exibem uma taxa média de 29,2%, com taxas nacionais que variam de 1,7% no Haiti a 7,9% em Honduras. Ao mesmo tempo, o México (39,1%), Brasil (36,7%), República Dominicana (31,3%) e Chile (30,7%) ostentam altas taxas de parto por cesárea (BETRÁN, A. et al, 2007; LEÃO, M. et al., 2013).

Tendo em vista tais achados, nota-se que o Brasil é um dos países que mais realiza cesárea, apresentando grandes diferenças regionais, sendo uma delas relacionada à assistência à saúde (RIESCO; FONSECA, 2002; PATAH, 2008). De acordo com o Sinasc do

MS, em um comparativo entre as cinco regiões do país, do ano 2000 até o de 2015, verificou-se uma tendência ao aumento das cesáreas a cada ano, no país (Tabela 1). A região Sudeste se manteve como a principal protagonista na realização de cesáreas, contribuindo com as maiores proporções do total dessas cirurgias realizadas no território nacional. Já as regiões Norte, Centro-Oeste e Sul foram as que mostraram os menores percentuais dessa intervenção cirúrgica, em aumento progressivo, como ocorreu no Nordeste.

Tabela 1 — Contribuição do percentual de cesáreas nas regiões do país e percentual de cesáreas no Brasil, de 2000 a 2015

Procedência	Percentual de cesáreas			
	2000	2005	2010	2015
Norte	6,6	7,8	8,6	8,9
Nordeste	19,5	22,6	24,9	25,1
Sudeste	49,9	46,1	43,7	42,3
Sul	15,7	14,9	14,4	14,7
Centro-Oeste	8,3	8,7	8,5	9,1
Total do país	100,0	100,0	100,0	100,0
Brasil	37,8	43,2	52,3	55,9

Fonte: MS – Sinasc (BRASIL, 2017).

Na região Centro-Oeste, no ano de 2000, do total de nascimentos ocorridos, 41% derivou de cesáreas. Em 2015, a situação foi mais preocupante, pois esse percentual passou a assumir um número mais elevado de cesáreas, ou seja, no valor de 61%. A partir do número de cesáreas que aconteceram na região, foi calculado o quanto cada unidade federada contribuiu: Goiás foi a unidade federada que apresentou maior incremento do percentual de cesárea, entre os anos de 2000 e 2015. Mato Grosso do Sul exibiu as menores proporções de cesárea no ano 2000, enquanto, o Distrito Federal apresentou uma redução expressiva, quando comparado ao total de cesáreas na região (Tabela 2). Mas ao analisar os dados do DF, quanto às cesáreas realizadas nos anos de 2000, 2005, 2010 e 2015,

verificou-se que a partir do ano de 2010, o percentual de cesáreas ultrapassou 50%, e nos anos seguintes, ganhou valores crescentes (Tabela 3).

Tabela 2 — Contribuição do percentual de cesáreas de cada unidade federada do Centro-Oeste e percentual de cesáreas na região Centro-Oeste, nos anos de 2000 e 2015

Procedência	Percentual de cesáreas	
	2000	2015
Mato Grosso do Sul	17,1	17,6
Mato Grosso	22,0	22,4
Goiás	42,1	43,4
Distrito Federal	18,8	16,6
Total da região	100,0	100,0
Centro-Oeste	41,3	61,5

Fonte: MS – Sinasc (BRASIL, 2017).

Tabela 3 — Percentual de cesáreas no Distrito Federal, nos anos de 2000, 2005, 2010 e 2015

Ano	Percentual de cesáreas
2000	39,6
2005	47,6
2010	52,0
2015	54,8

Fonte: MS – Sinasc (BRASIL, 2017).

Esclarece-se que os dados apresentados correspondem ao total de cesáreas realizadas tanto em instituições públicas quanto privadas. Ressalta-se que há uma prevalência maior de cesáreas em redes privadas (CASTRO, 2014; LEÃO et al., 2013; PATAH; MALIK, 2011; GAMA et al., 2009).

Taxas diferentes de cesárea em pacientes de serviços públicos e privados no Brasil e em outros países sugerem que fatores não relacionados às indicações clínicas ou obstétricas, como ganhos econômicos e pressões da prática médica privada, motivariam médicos a executar partos cirúrgicos (PATAH, L., 2008, p. 21).

O Relatório Epidemiológico sobre Natalidade do Distrito Federal (2014), (Gráfico 1), mostra as taxas de cesárea crescentes de 2000 a 2014, tanto dos hospitais públicos e privados, destacando que “este aumento ocorreu com maior intensidade em hospitais públicos, tendo em vista que nos hospitais privados o percentual de cesárea já era elevado” (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal –SES-DF, 2014b, p. 16).

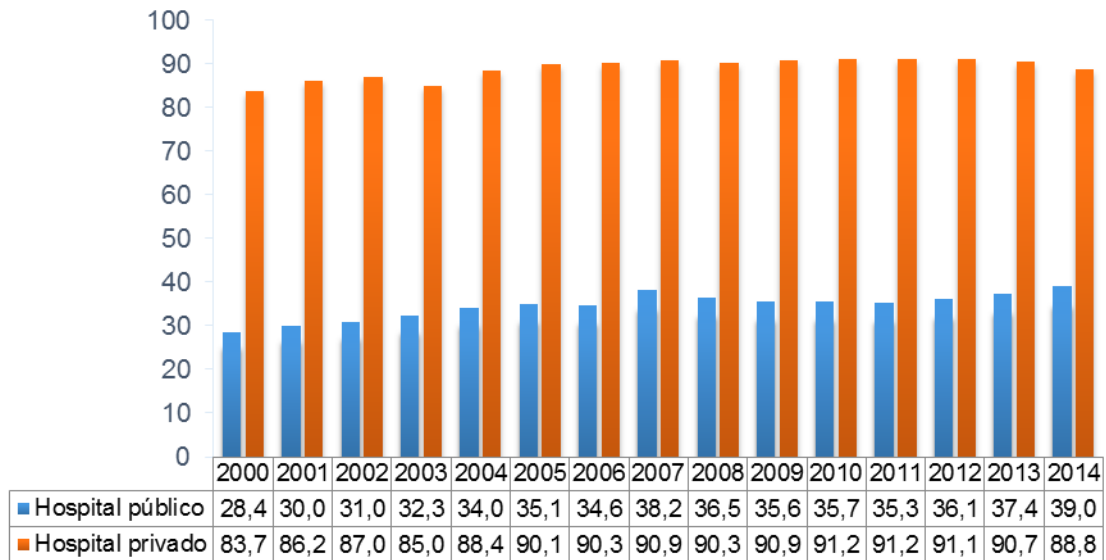


Gráfico 1 — Percentual de cesáreas em hospitais públicos e privados do DF, de 2000 a 2014

Fonte: SES-DF (Relatório Epidemiológico sobre Natalidade do Distrito Federal, 2014).

Enfocando a proporção de cesáreas por região administrativa (RA) do DF, em 2014, de acordo com o Relatório Epidemiológico sobre Natalidade do Distrito Federal (2014b), a RA de Ceilândia respondeu pelo percentual de 47%. O Hospital Regional de Ceilândia (HRC), que é a unidade hospitalar pública de referência da região, mostrou uma taxa de 31% de cesáreas, enquanto a RA de Águas Claras apareceu com a maior proporção de cesáreas (82%). Já no ano de 2015, de acordo com os Dados de Nascimento do Distrito Federal (2015), Ceilândia e Águas Claras tiveram quedas nas taxas de cesárea, apresentando valores de 45% e 79%, respectivamente. O Sudoeste/Octogonal apresentou a maior proporção de nascimentos por cesárea (82%), compreensível pela expressiva população dessa região não dependente do SUS (SECRETÁRIA DE SAÚDE, 2014a). Na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD (2016), Ceilândia apresentou a renda domiciliar média apurada de R\$ 3.076,00, o que correspondeu a 3,90 Salários Mínimos (SM), ao passo que a RA de Águas Claras exibiu a renda domiciliar média apurada de R\$

9.404,43, equivalente a 10,69 SM, enquanto a RA do Sudoeste/Octogonal mostrou uma renda domiciliar média apurada de R\$ 14.837,77, o correspondente a 16,86 SM.

De acordo com Grant (2005), os fatores são dependentes entre si, mulheres de nível econômico mais elevado, com seguros privados, costumam ter gravidez tardia e, por isso, têm mais complicações médicas e são submetidas à cesárea mais frequentemente. O autor também faz associação entre taxas de cesárea por desejo materno e maior grau de educação materna, raça branca e renda elevada. Entretanto, de acordo com a revisão sistemática de Mazzoni et al (2011) sobre a preferência pela cesárea sobre o parto, embora o aumento nas taxas desse tipo de cirurgia, em países de média e alta renda, seja, muitas vezes, atribuído ao pedido da mulher, os autores concluíram que em um grande número de países apenas uma minoria delas manifestou preferência pela cesárea ao parto.

3.4. Fatores Influentes na Escolha do Parto e da Cesárea

Diversos autores apresentam resultados semelhantes quanto aos fatores que influenciam as gestantes na escolha de parto ou cesárea. Fatores socioculturais, familiares e a experiência anterior são apontados de maneira recorrente como influência categórica. Quando comparado aos fatores que os profissionais de saúde julgam como influentes, nota-se que não há uma correspondência com os motivos apresentados pelas mulheres (WEIDLE et al., 2014; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; BARBOSA et al., 2003).

Entre os principais motivos apresentados está o medo da dor, seja na escolha pelo parto ou cesárea. O medo da dor do parto parece ser um motivo forte para que as mulheres desejem a cesárea, enquanto o medo da dor do pós-cirúrgico da cesárea aparece como a causa para a preferência pelo parto sobre a cesárea (WEIDLE et al, 2014; CASTRO, 2014; LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013, PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

O medo da dor compõe o universo dos medos da mulher, independentemente de ela já ter filhos ou não. Quando se trata de sua primeira experiência, ela tem medo porque a dor é desconhecida e ela não sabe se vai suportar. Quando não é sua primeira experiência, pode também sentir medo, pois já esqueceu como lidar com a dor e sabe que cada parto é diferente e único (CASTRO, 2014, p. 99).

No estudo de Barbosa et al. (2003) sobre as razões pelas quais as mulheres desejam a cesárea estão: a dor e o sofrimento menor durante o trabalho de parto (29,2%); o desejo na realização de laqueadura (24,1%); as condições de saúde da mulher (13,4%); o

medo (8,3%); e o passado obstétrico da mulher (8,3%). Além da cultura da cesárea (11,1%), as autoras classificam essa última a partir das respostas das mulheres que afirmavam ter essa preferência, mas sem uma razão clara. Entretanto, a maioria das gestantes dizia ter preferência pelo parto sobre a cesárea.

Estudos de Leguizamon Junior; Steffani; Bonamigo (2013) questionaram 85 mulheres gestantes sobre os motivos que as fariam trocar o parto pela cesárea. Obtiveram como resultados: 60% disseram que fariam a troca pela praticidade; 55,2% por medo de sofrimento e dor; 43,5% pelo conforto e segurança para a criança; 4,7% para evitar comprometimento da vida sexual; e apenas 15,3% responderam que não mudariam de opinião.

A mulher pode mudar seu desejo pela preferência de como vai nascer seu filho, ao longo da gestação. O importante é que seja informada dos riscos e benefícios do parto e da cesárea, fortalecendo assim a sua autonomia de decisão e escolha. No entanto, aspectos somados a mulher moderna permitem concluir que a mulher contemporânea apresenta uma autonomia limitada que compromete o seu protagonismo no processo da parturição. Sua opinião e decisão sobre o parto tornam-se, então, manipuláveis pelo medo do desconhecido, do sofrimento imposto pela dor e dos interesses dos vários atores sociais (empresas, ciência, tecnologia, profissionais, mídia, marketing, entre outros) (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Conhecer os motivos que influenciam as mulheres gestantes, de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Ceilândia, pertencente à Superintendência da Região de Saúde Oeste – DF, na preferência por parto ou cesárea, no primeiro semestre de 2017.

4.2 Objetivos Específicos

- Delinear o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres gestantes, de acordo com a preferência por parto ou cesárea.
- Descrever a preferência por parto ou cesárea, das mulheres gestantes, conforme sua história reprodutiva anterior.
- Conhecer a percepção das mulheres gestantes sobre os aspectos positivos e negativos em relação ao parto e à cesárea.
- Saber das mulheres gestantes quais são os fatores influentes para a sua preferência pelo parto ou pela cesárea.

5. MÉTODO

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de estratégia quanti-qualitativa. A pesquisa quantitativa está ligada ao pensamento positivista lógico, enfatizando o raciocínio dedutivo, atribuindo valor mensurável à experiência humana a partir das regras da lógica (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). Enquanto, a pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2015), responde questões muito particulares, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Diante das questões que esta pesquisa buscou entender, tornou-se viável utilizar os dois métodos de forma conjunta, pois os dados numéricos podem contribuir para a interpretação dos dados qualitativos ou vice-versa (GOMES; ARAÚJO, 2005; MINAYO; SANCHES, 1993). Esta pesquisa utilizou observação participante e entrevistas semiestruturadas. A observação é um elemento fundamental para a pesquisa com enfoque qualitativo, pois desempenha um papel importante no processo de pesquisa. A técnica de observação participante consiste na inserção do pesquisador no meio do grupo observado com o objetivo de conhecer, a partir da empatia, a forma de sentir dos pesquisados diante dos possíveis conflitos existentes (CRUZ NETO, 1994).

5.1. Local de Pesquisa

A pesquisa aconteceu em uma UBS de Ceilândia cuja área de abrangência é de dez quadras; cinco áreas especiais; e uma região de alta vulnerabilidade social. Durante a realização desta investigação, a UBS estava em conversão para o novo modelo de atenção primária baseado na Estratégia Saúde da Família (ESF), em conformidade com a Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que prevê que todas as unidades básicas funcionem com equipes da ESF.

5.2. Participantes

5.2.1. Critérios de inclusão

Mulheres gestantes atendidas pela UBS definida para esta pesquisa, residentes, há pelo menos um mês, na área de abrangência, em acompanhamento do pré-natal no local, a partir do primeiro trimestre gestacional, maiores de 18 anos de idade e que aceitaram participar voluntariamente do estudo. No planejamento, foi considerada a facilidade de

acesso às possíveis entrevistadas e ainda o tempo de resposta de aproximadamente 20 minutos para aplicação do roteiro de perguntas (Apêndice B), estimando-se que em um dia seria possível obter boas entrevistas com cinco mulheres no período matutino, finalizando as entrevistas em aproximadamente três dias (BAKER; EDWARDS, 2012). Obteve-se 15 participantes do estudo. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não houve um cálculo estatístico específico para se obter um número de amostra de entrevistadas. Constatou-se a saturação do discurso com o número das 15 mulheres gestantes entrevistadas. Ressalta-se que o tempo empregado para a realização das entrevistas individuais e o foco no objetivo da pesquisa qualitativa de “explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o assunto em questão (GASKELL, 2002, p. 68)” tornam-se limitadores do número de sujeitos a serem pesquisados.

De acordo com Gaskell (2002), há um limite máximo do número de entrevistas necessárias e possível de analisar, sendo este limite de 15 a 25 para entrevistas individuais e de 6 a 8 para grupos focais. Segundo o referido autor, este limite ocorre porque as experiências vivenciadas em um meio social específico acabam se relacionando em algum instante, e então deixam de surgir novos relatos, pois as representações de um assunto comum ao grupo são resultados de processos sociais, neste momento ocorre a saturação do tema. Outro fator importante é o tamanho da transcrição da entrevista, sendo que uma pode ter até 15 páginas. Nesse sentido, no caso de 20 entrevistas, cerca de 300 páginas deveriam ser analisadas, logo o pesquisador deve atentar-se ao tamanho da amostra para garantir que os conteúdos coletados sejam todos analisados com profundidade.

Dessa forma, o número das 15 mulheres entrevistadas corroborou com o autor em questão. Com o objetivo de conceder anonimato às participantes foram designados pseudônimos a partir de nomes de pedras preciosas a cada uma das entrevistadas, sendo que, na realidade, nenhuma dessas mulheres tinha o nome coincidente com nenhum dos 15 selecionados de pedra preciosa.

5.2.2. Critérios de Exclusão

– Menores de 18 anos de idade, pois, de acordo com a Resolução nº. 510/2016 que dispõe em seu art. 2º, inciso I, as menores devem ter o termo de assentimento livre e esclarecido assinado pela participante junto ao termo de consentimento livre e esclarecido do seu

responsável. Sendo assim, devido ao tempo disponível para a realização da pesquisa não seria viável ter que esperar o termo dos responsáveis pela menor.

– Residente a menos de um mês na área de cobertura do centro de saúde, partindo do pressuposto de que o meio, a cultura local e laços comunitários podem influenciar o comportamento da participante, quanto à preferência pelo parto ou cesárea.

5.3. Estratégia de Coleta de Dados

Na ocasião desta pesquisa, as palestras educativas de pré-natal da UBS escolhida aconteciam duas vezes por semana, nos dias de segunda e sexta-feira, abordando tópicos específicos de acordo com o trimestre de gravidez. Nas segundas-feiras eram palestras para as mulheres que se encontravam no primeiro trimestre gestacional, enquanto as mulheres no segundo e terceiro trimestre de gravidez eram contempladas nos encontros das sextas-feiras. Mais duas palestras eram feitas para as puérperas e para as mulheres em idade fértil: o assunto exposto nas terças-feiras era sobre revisão de parto, já na quarta-feira discutia-se o planejamento reprodutivo. Dessa forma, utilizou-se como estratégia, entrevistar as participantes durante o período de espera para as palestras e após as mesmas. Assim, não foi necessário disponibilizar qualquer ajuda de custo às participantes da pesquisa. Este estudo não contou com nenhum tipo de financiamento.

5.4. Instrumentos

Os dados sociodemográficos foram coletados a partir de informações fornecidas pelas próprias participantes durante a conversa. Os encontros foram conduzidos por um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B), gravada sem identificação das participantes. A entrevista foi dividida em núcleos, seguindo a fenomenologia. Na fenomenologia é importante distinguir a atitude natural da atitude fenomenológica. A atitude natural é aquela da perspectiva original, espontânea, cotidiana, relacionada com a intenção e a crença no mundo, enquanto a atitude fenomenológica é um desprendimento da atitude natural, focando-se na reflexão intramundana e subjetiva sobre a atitude natural (SOKOLOWSKI, 2004).

A entrevista contou com 31 questões que abrangeram as seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, número de gestações, experiências de partos e/ou cesáreas

anteriores, planejamento, expectativas da gestação atual, fatores que influenciam a escolha por parto ou cesárea, opinião sobre a quem cabe a decisão pelo parto ou cesárea, bem como eventuais crenças e fatores que podem interferir nessa preferência.

5.5. Coleta de dados

Os dados foram coletados em quatro visitas à UBS pesquisada, a partir da observação e participação junto às palestras de pré-natal e entrevistas com as mulheres gestantes. As palestras promovidas na UBS consistiram em objeto de observação desta pesquisa. Foram analisados os diálogos, a forma como a informação era passada e a interação das participantes durante os referidos encontros educativos.

O primeiro momento para a coleta de dados consistiu em assistir às palestras, aproveitando o ensejo para conhecer a abordagem utilizada, o tempo de espera e de realização dos encontros, a fim de saber o momento mais oportuno de convidar as participantes para a entrevista. Após o conhecimento sobre a condução e organização da atividade, decidiu-se que a abordagem às participantes seria antes e posteriormente às palestras. Observou-se que no início, o palestrante solicitava todas as cadernetas das gestantes para análise das informações constantes. Após o referido procedimento, é que se dava início à palestra que ao findar, as gestantes aguardavam para receber de volta suas cadernetas.

Na segunda visita à UBS para coleta de dados, foram entrevistadas quatro gestantes de primeiro trimestre após a palestra de pré-natal. Na terceira visita, foi assistida a palestra de pré-natal de segundo e terceiro trimestre, e em seguida foram entrevistadas seis mulheres. No quarto dia, a palestra abrangeu temas pertinentes ao primeiro trimestre gestacional e quando concluída, houve a oportunidade de entrevistar cinco participantes de estudo.

5.6. Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados a partir da transcrição das entrevistas e das leituras do diário de campo de observação. Os dados quantitativos foram organizados em planilha Excel 2013 para cálculo de indicadores de análise descritiva. Já os dados qualitativos receberam tratamento de análise de conteúdo de Bardin que teve início pela codificação. A análise de conteúdo caracteriza-se pelo conjunto de técnicas de análise das

comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivando a descrição do conteúdo, da informação e dos significados contidos nas mensagens (BARDIN, 1977). Sendo assim, a análise de conteúdo vai além das palavras e busca o sentido delas no discurso, tendo como “objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados” (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011, p. 734). O produto dos relatos das mulheres entrevistadas foi analisado em três categorias: 1. Redes Influentes; 2. Percepção da cesárea anterior; 3. Percepção do parto e da cesárea. A descrição das categorias, suas subcategorias e seus componentes serão descritos posteriormente.

5.7. Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da SES/DF, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, cujo número do parecer gerado é o 2.028.975 (Anexo D). Os aspectos éticos desta pesquisa estão em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi elaborado (Apêndice A) e aplicado para as mulheres participantes desta pesquisa.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Caracterização das Participantes

Foram entrevistadas mulheres com idades entre 18 e 40 anos, no momento da pesquisa, das quais 10 (66%) encontravam-se na faixa etária de 26 a 35 anos, todas residentes há mais de um ano na cidade de Ceilândia. Quanto à auto declaração de raça/cor, 10 (67%) se referiram ser pardas, duas (13%) pretas, duas (13%) brancas e uma (7%) amarela. A distribuição conforme a ocupação ou profissão apresentou maior frequência de mulheres do lar (27%); no entanto, a maioria delas tinha alguma atividade laboral remunerada (53%). Em relação à religião, 12 (80%) afirmaram ser católica, ou espírita ou evangélica, enquanto três (20%) relataram não ter nenhuma crença religiosa. A prática religiosa poderia ser um fator influente na percepção dessas mulheres sobre a forma de nascer dos seus filhos, no entanto não foi verificada a influência da crença. A análise do estado civil revelou que seis (40%) viviam em união estável, cinco (33%) eram casadas, três (20%) estavam solteiras e uma (7%) divorciada. Esses números e percentuais correspondentes encontram-se na Tabela 6.

A relação entre a idade das entrevistadas e a predileção por parto ou por cesárea, demonstrou que a preferência por parto apareceu em todas as faixas etárias, já as três que relataram preferir cesárea estavam distribuídas nas faixas etárias de 18 a 20 anos e de 26 a 35 anos, conforme demonstra a Tabela 4.

Tabela 4 — Número das mulheres gestantes entrevistadas por preferência atual ao parto ou à cesárea, segundo faixa etária

Faixa etária (em anos)	Preferência			
	Parto	Cesárea	Dúvida	Total
18-20	1	1	0	2
21-25	2	0	0	2
26-30	3	1	1	5
31-35	4	1	0	5
36-40	1	0	0	1
Total	11	3	1	15

Fonte: Elaboração própria.

Analisando o nível de escolaridade, havia uma participante com o ensino fundamental incompleto, uma com ensino fundamental completo, uma com o ensino fundamental em curso, duas com ensino médio incompleto, seis com ensino médio completo, três com ensino superior completo e uma com ensino superior em curso. A relação entre a escolaridade e a preferência por parto ou cesárea (Tabela 5), mostrou que a predileção por parto variou do nível fundamental incompleto até o nível superior. Enquanto aquelas que escolheram a cesárea tinham formação de ensino médio incompleto e completo. Achados esses divergentes do que aparece em Grant (2005), mas concordando com os resultados apresentados por Leguizamon Junior et al. (2013).

Tabela 5 — Número das mulheres gestantes entrevistadas por preferência atual ao parto ou à cesárea, segundo escolaridade

Escolaridade	Preferência atual			Total
	Parto	Cesárea	Em dúvida	
Ensino Fundamental Incompleto	1	0	0	1
Ensino Fundamental Cursando	1	0	0	1
Ensino Fundamental Completo	1	0	0	1
Ensino Médio Incompleto	0	2	0	2
Ensino Médio Cursando	0	0	0	0
Ensino Médio Completo	5	1	0	6
Ensino Superior Incompleto	0	0	0	0
Ensino Superior Cursando	1	0	0	1
Ensino Superior Completo	2	0	1	3
Total	11	3	1	15

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 6 — Perfil sociodemográfico das mulheres gestantes entrevistadas

Perfil sociodemográfico	Número de entrevistadas
Faixa etária (em anos)	
18-20	2
21-25	2
26-30	5
31-35	5
36-40	1
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	1
Ensino fundamental completo	1
Ensino fundamental em curso	1
Ensino médio incompleto	2
Ensino médio completo	6
Ensino superior completo	3
Ensino superior em curso	1
Estado civil / união	
Solteira	3
Casada	5
Divorciada	1
União estável	6
Raça / cor	
Amarela	1
Branca	2
Parda	10
Preta	2
Anos de moradia na área de abrangência da unidade de saúde do pré-natal	
1-5	7
6-10	8
Religião / crença	
Católica	3
Espírita	1
Evangélica	8
Sem religião / crença	3
Ocupação	
Auxiliar administrativa	1
Bióloga	1
Diarista / doméstica	3
Do lar	4
Estudante	1
Gerente	1
Monitora	1
Professora	1
Desempregada	2
Total de mulheres gestantes entrevistadas	15

Fonte: Elaboração própria.

O perfil obstétrico mostrou que quatro das entrevistadas eram nulíparas (nunca pariram antes), ao passo que cinco eram primíparas (com apenas um parto/cesárea anterior) e seis múltiparas (com dois ou mais partos/cesáreas anteriores). As entrevistadas encontravam-se entre a quinta e a 39ª semana de gestação, sendo que a maioria passou por, pelo menos, uma consulta de pré-natal e uma não informou quantas consultas havia tido até a data da entrevista (Quadro 1). Dentre as mulheres que tiveram, pelo menos, um parto ou cesárea anterior, quatro vivenciaram a experiência do parto, na qual uma dessas teve como produto um feto natimorto, quatro foram submetidas à cesárea e duas passaram tanto pelo parto quanto pela cesárea. Cinco das participantes tiveram pelo menos um aborto. Dez mulheres tiveram um ou mais filhos vivos. Destaca-se que apenas uma das participantes estava realizando pré-natal, paralelamente, em outra unidade de saúde privada, coberta por seu plano de saúde (Tabela 7). As demais perguntas que geraram dados quantitativos estão apresentadas no apêndice “C” com os números correspondentes a cada resposta.

Quadro 1 — Descrição de algumas variáveis demográficas e obstétricas, por cada mulher entrevistada

Pseudônimo	Idade (em anos)	Condição da paridade	Semana gestacional	Número de consultas de pré-natal
Ágata	25	Múltipara	9	1
Ametista	30	Primípara	9	1
Pedra da Lua	32	Nulípara	12	2
Jade	30	Múltipara	15	1
Ônix	32	Primípara	27	4
Pérola	34	Múltipara	21	4
Quartzo Rosa	29	Múltipara	35	5
Turquesa	19	Nulípara	39	Mais de 5
Madrepérola	40	Primípara	17	4
Rubi	21	Nulípara	39	Mais de 5
Esmeralda	35	Múltipara	12	1
Pedra do Sol	27	Nulípara	9	1
Diamante	18	Primípara	5	1
Cristal	32	Primípara	8	Não informado
Jaspe Vermelho	30	Múltipara	15	1

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 7 — Perfil obstétrico das mulheres gestantes entrevistadas

Perfil obstétrico	Número de entrevistadas
Número de gestações	
1	4
2 – 3	7
4 ou mais	4
Número de partos	
0	4
1	2
2 – 3	5
Número de cesáreas	
0	9
1	5
2	1
Número de abortos	
0	10
1	4
2	1
Número de natimortos	
0	10
1	1
Número de nativos	
1	4
2 – 3	5
4	1
Semana gestacional	
1 – 5	1
6 – 10	4
11 – 15	4
16 – 20	1
21 – 25	1
26 – 30	1
31 – 35	1
36 – 40	2
Número de consultas de pré-natal	
1	7
2 – 4	4
5 ou mais	3
Não informado	1
Pré-natal também em outra unidade	
Sim	1
Não	14
Total de mulheres gestantes entrevistadas	15

Fonte: Elaboração própria.

6.2 Assistência ao pré-natal: palestra educativa

As ações educativas durante o pré-natal estão preconizadas pelo MS no manual técnico “Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2006)”, em uma seção do capítulo “Atenção pré-natal”. O referido documento elenca uma série de temas a serem contemplados durante os encontros educativos. Nesse texto é abordada a importância das discussões em grupo entre os profissionais de saúde e as mulheres gestantes, compartilhando experiências e conhecimentos.

As palestras assistidas por esta pesquisadora foram conduzidas por três profissionais distintos, todos enfermeiros, em momentos diferentes. Os palestrantes fomentaram questões e incentivaram as mulheres a relatarem suas experiências e dividirem seus conhecimentos. Desse modo, havia interação entre as participantes e os locutores. Durante as participações nos encontros promovidos na UBS desta pesquisa, foi possível entrevistar duas mulheres gestantes que estavam acompanhadas de seus companheiros e observar os condutores do encontro envolvendo os homens também nesse processo. Essa iniciativa está de acordo com o recomendado pelo MS para que o setor saúde atue no acolhimento e envolvimento dos familiares e companheiros das mulheres nas ações educativas de saúde (BRASIL, 2006).

Quanto ao conteúdo abordado nas exposições assistidas nesta pesquisa, as direcionadas às mulheres de primeiro trimestre gestacional, além de tratarem sobre a importância do pré-natal, dos exames e testes rápidos que devem ser realizados, também focaram os seguintes pontos: as alterações gravídicas, crescimento e desenvolvimento do útero, diminuição da libido, cuidados com as mamas e com a pele, vestuário, alimentação, atividades cotidianas e de impacto como corrida e musculação, possibilidade de aborto espontâneo em até 12 semanas, e explicação sobre os conteúdos e siglas constantes na caderneta da gestante.

Os aspectos do segundo trimestre de gestação – denominado pelo condutor da palestra como o período de “calmaria da gestação” – foram discutidos versando os seguintes temas: os sintomas e o desenvolvimento da gravidez, aumento da libido, uso de preservativo, os fatores de risco ligados à alimentação e à higiene, a importância dos calçados e vestuários adequados, a utilidade do ultrassom e da repetição dos testes sorológicos rápidos.

Já as palestras destinadas às mulheres do terceiro trimestre gestacional, apresentaram informações sobre: trabalho de parto, contrações uterinas, maternidade, direitos da gestante, internação após o parto e a cesárea, cuidados com as mamas, atenção ao recém-nascido, amamentação e vacinação.

Constatou-se que nas referidas palestras educativas, a discussão sobre parto e cesárea apareceu, de fato, somente no momento em que as mulheres já estavam perto de parir. As apresentações dos diferentes profissionais seguiam a mesma linha, a de que somente após o trabalho de parto é que o médico escolheria o melhor a fazer. Um dos profissionais afirmou: “A indicação é parto normal, a [decisão pela] cesárea será na hora do [trabalho de] parto”. Reforçava outro profissional dizendo categoricamente: “Quem decide a via de parto não sou eu [palestrante], não é o médico que te acompanha [no pré-natal], não é você [gestante], é o médico [obstetra] durante o trabalho de parto”. Além disso, uma chamada de atenção às mulheres é que não gritassem na hora do parto. Quando questionado sobre as indicações de cesárea, um dos profissionais exemplificou as duas seguintes: “bebê sentado e cordão umbilical enrolado no pescoço”. Quando uma das participantes questionou se a presença de hemorroida durante a gravidez era motivo de cesárea, o palestrante elucidou a dúvida, esclarecendo que não se tratava de um indicativo de cesárea. Diante da exposição, notou-se que no diálogo entre a equipe de saúde e a gestante os conhecimentos médicos são passados considerando que a mulher se concentra no polo passivo do processo do parto e nascimento:

O domínio médico se expressa em um contexto de parturição em que a noção de risco mostra-se presente. A tecnologia médica apresenta-se como resposta ao controle desse risco. Esta lógica, levada ao extremo, passa a justificar a utilização incondicional de intervenções na condução do trabalho de parto e parto. Tal condição reforça o saber-poder médico em detrimento de qualquer participação ativa da mulher e do acompanhante no processo de parturição, restringindo-se ao papel de "não atrapalhar" (NAKANO, et al., 2007, p.135).

Os aspectos explanados nos encontros educativos observados nesta pesquisa coincidem com boa parte daqueles indicados no manual técnico “Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada (2006)”. O apêndice D mostra a comparação entre os pontos indicados pelo MS e os observados nas palestras assistidas. Ressalta-se que a temática de cesárea não está contemplada na proposição do MS, mas surgiu na observação de campo desta pesquisa.

6.3. Redes Influentes

A categoria “Redes influentes”, exibida na Figura 1, apresenta os elementos recorridos, pelas mulheres entrevistadas, na busca de conhecimento sobre parto ou cesárea, por meio de três subcategorias: experiência de outras mulheres; experiências próprias; serviços de saúde.

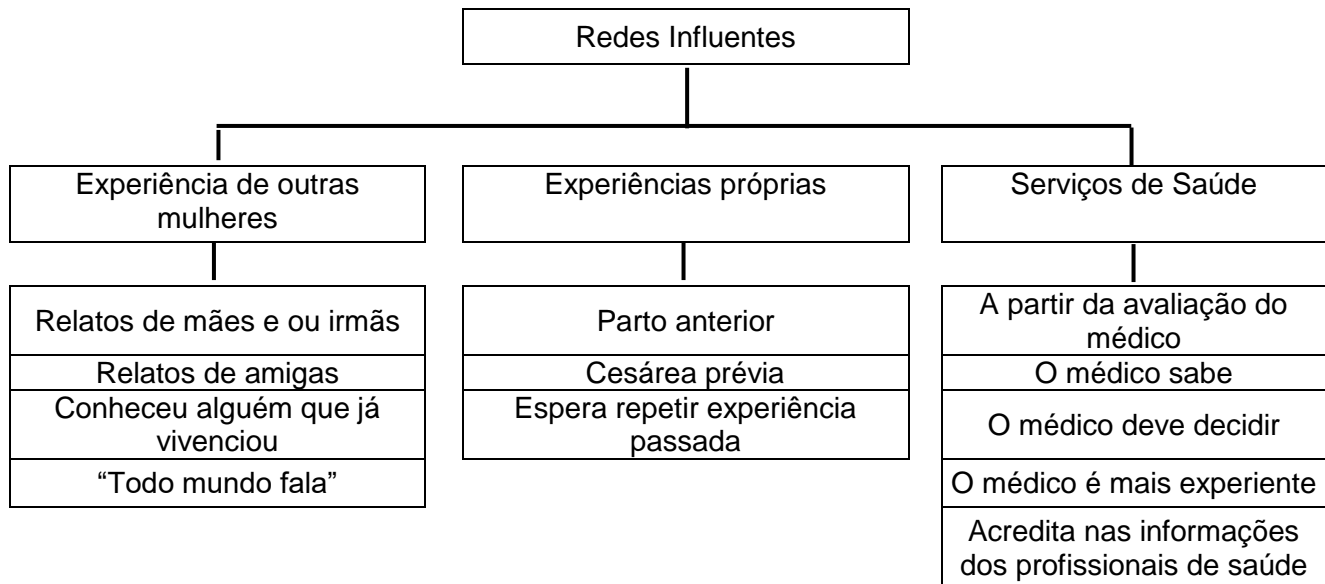


Figura 1 — Categoria "Redes Influentes", subcategorias e componentes

Fonte: Elaboração própria.

As próprias experiências de maternidade bem como o pertencimento a uma rede, que permite a troca de vivências entre diversas mulheres que já passaram ou que estão passando pela experiência da maternidade, podem provocar um impacto positivo ou negativo sobre a percepção das mulheres grávidas em relação ao parto e à cesárea. De acordo com Castro (2014), a primeira fonte de pesquisa é a internet, para as mulheres motivadas pelo desejo de ter um parto normal, na busca de informações e conhecimento sobre tal forma de nascimento.

O referido dado de Castro corrobora o encontrado nesta investigação, em que 11 mulheres entrevistadas referiram ter pesquisado referências sobre parto e cesárea nas seguintes fontes: internet (7); experiência de outras mulheres (3); e experiência própria (1). Quatro gestantes relataram que não buscaram informações sobre os modos de nascimento.

As mulheres, que consultaram as citadas fontes, demonstraram desejo em realizar o parto e por isso buscaram subsídios:

“[...] Eu pesquiso mais sobre o normal, porque eu quero normal. Ah, eu fiquei com medo, mas mesmo assim eu prefiro normal, a recuperação é bem melhor, bem mais rápida. Também achei na internet que o parto normal é melhor porque ajuda no pulmão do neném, quando ele sai já força, e o primeiro choro já força o pulmão dele, é bem melhor (Rubi)”.

“Já, eu ‘tava’ pesquisando sobre parto humanizado. Eu tenho interesse que seja normal, como já foram os outros dois (Esmeralda)”.

“Sim, não só encontrei como já estou decidida e quero parto natural (Pedra do Sol)”.

“ [...] Minha mãe já teve [parto], então foi tranquilo (Quartzo Rosa)”.

“Eu só pesquiso mesmo com a experiência de outras mulheres, que já fizeram o ‘parto cesáreo’ e normal [...] (Pedra da Lua)”.

“Minha amiga teve tanto cesáreo, quanto normal, ela disse que [o parto] é outra coisa [...] (Cristal)”.

Sobre a participação em alguma rede social para conversar sobre parto e cesárea, um terço das participantes (cinco) informou fazer parte de uma ou mais redes, sendo que dessas quatro eram nulíparas e uma primípara. As redes sociais que apareceram foram: *Facebook* (5); *WhatsApp* (1); e canal no *YouTube* (1).

De acordo com as entrevistadas, durante as consultas e palestras de pré-natal, a maioria (11) disse receber orientações sobre parto e cesárea, sendo que das quatro que disseram não receber essas informações, três ainda teriam sua primeira consulta de pré-natal. Com relação à influência do pré-natal na sua preferência por parto ou cesárea, a maioria (nove) afirmou que a assistência prestada não influía sobre a sua preferência; seis disseram acreditar que o pré-natal influenciava na sua escolha, sendo que dessas, duas eram nulíparas, três primíparas e uma múltipara. Nas falas das entrevistadas é possível notar que a informação passada, durante as ações educativas do pré-natal, é direcionada para a aceitação do parto e não da cesárea como a primeira indicação para término da gravidez:

“Assim, eles falam que o normal é bem melhor por conta da recuperação, mas me influenciar, não (Rubi).

“Sim, porque eles sempre falam sobre o parto normal, acho que é o mais indicado (Cristal)”.

“Sim porque todos [os profissionais de saúde] já sabem as instruções [relativas ao parto e cesárea] que tem que passar para a gente (Jaspe Vermelho)”.

A fala de Jaspe parece evidenciar certa confiança nas informações transmitidas pelos profissionais de saúde sem demonstrar inquietação por parte da mulher. O fato de nove das mulheres entrevistadas, independentemente de sua situação pregressa de paridade, não considerarem a influência do pré-natal na preferência pelo parto ou pela cesárea, leva a reflexão de que, talvez, essas participantes já se baseiam em experiências próprias ou de outras mulheres para a construção da sua percepção. Uma das respondentes considerou que a influência do serviço pode atuar nas nulíparas:

“Tem muita menina de primeira viagem, muita mãe de primeira viagem, que acaba escolhendo um ou outro também pelas informações que a gente recebe aqui [...] (Pérola)”.

Apesar das participantes parecerem se mostrar emponderadas em não atribuírem influência do pré-natal na sua preferência pela forma do nascimento, ao serem indagadas sobre a opinião a quem cabe a decisão pelo parto ou pela cesárea, as respostas dadas indicaram determinada vulnerabilidade de certas participantes que afirmaram ser esta uma decisão do médico. Um terço das mulheres (cinco) considerou ser a mulher a responsável por essa decisão. Já três mulheres disseram que se tratava de uma decisão conjunta do médico com a gestante, a escolha pelo parto ou pela cesárea.

Segundo Leguizamon Junior; Steffani; Bonamigo (2013), a mulher torna-se vulnerável durante o processo de parturição, esta particularidade pode favorecer uma relação paternal entre a mulher enquanto gestante e o médico como o detentor do conhecimento, tal relação é explicitada pelas seguintes falas:

“Eu acho que é o médico, ele que sabe (Quartzo Rosa)”.

“Ao médico, ele que sabe mais (Madrepérola)”.

“O médico que tem mais experiência, porque eu não tenho, eu não sei de nada, quem sabe é o médico que está me acompanhando (Cristal)”.

A fala da participante Pérola salienta a expectativa de poder ser ouvida, assim como preconiza a recomendação do manual técnico de assistência ao pré-natal do MS

(2000), no qual é valorizada a escuta qualificada durante as consultas de pré-natal a fim de tranquilizar e transmitir confiança e valorização da mulher:

“A mulher, a mãe, no caso, e o médico, mas eu acho que os médicos devem prestar mais atenção ao que as mães falam (Pérola)”.

Diante da situação hipotética do médico propor cesárea, sem indicativo real, sendo que a mulher desejava um parto, apenas uma entrevistada afirmou que aceitaria o pedido do profissional, enquanto cinco reportaram que dependeriam do convencimento do médico, contra nove que não aceitariam e trocariam de profissional:

“Não, assim, se alguma coisa fosse para mim porque poderia acontecer, talvez sim, né. Se ele me falasse que não seria bom para mim, talvez sim. Mas não de outra forma, dele querer, não, acho que não (Ônix)”.

“Não de jeito nenhum. Eu não trocaria de profissional, mas eu conversaria bastante com ele, porque é a minha opinião, mas se tivesse correndo risco aí sim, eu optaria pela cesárea (Quartzo Rosa)”.

“Eu não queria, eu trocaria de profissional com certeza. A anestesia na coluna e os pontos quem levou foi eu, não foi ele (Pérola)”.

O fato de a maioria (nove) das mulheres informar que não concordaria com o pedido médico parece demonstrar empoderamento e autonomia desse grupo. Já a ocorrência controversa da resposta da mulher estar atrelada à dependência do convencimento por parte do profissional de saúde indica a importância do acolhimento e da orientação de toda a equipe de saúde envolvida no atendimento às mulheres gestantes, o que é preconizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) et al (2011), no Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê.

Já, diante da situação das mulheres entrevistadas assumirem o papel de influenciadoras de opinião quanto à preferência de suas filhas pelo parto ou pela cesárea, treze das entrevistadas indicariam o parto para suas filhas ao passo que, duas recomendariam caso não houvesse indicativo prévio de cesárea:

“Normal, eu tenho uma filha de 15 anos e eu conto tudo para ela, todas as experiências que eu tive (Pérola)”.

“Normal, se ela não precisasse fazer uma cesárea com urgência, era normal, melhor para ela (Quartzo Rosa)”.

Esses resultados corroboram os apresentados por Weidle et al. (2014), em seu trabalho que apontou a influência de experiências familiares como um fator determinante para decisão por parto ou cesárea. Os relatos de experiências vividas das familiares e amigas das mulheres grávidas têm importante papel nos motivos das suas preferências passando de mulher para mulher (DE FIGUEIREDO, N., et al., 2010).

6.4 Percepção da Cesárea Anterior

A categoria “percepção da cesárea anterior”, representada na Figura 2, retrata a vivência da cirurgia a partir de duas subcategorias: 1. Motivos: a razão de ter sido submetida ao procedimento cirúrgico; 2. Sentimentos deixados: a forma como as mulheres enxergam a cesárea passada.

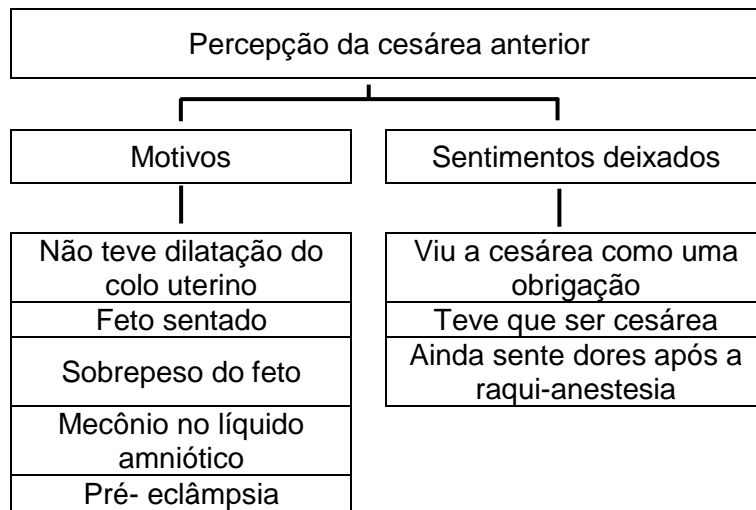


Figura 2 — Categoria "Percepção da cesárea anterior, suas subcategorias e componentes

Fonte: Elaboração própria.

No decorrer das entrevistas, apareceram as histórias de parturição vivenciadas. Das 11 mulheres que já haviam experimentado a maternidade, antes da entrevista, seis tinham passados por, pelo menos, uma cesárea. Partindo do pressuposto que as experiências anteriores poderiam influenciar na construção do pensamento dessas mulheres, considerou-se descrever diante da ótica delas como foi esse momento.

Durante a reflexão sobre o motivo de ter tido uma cesárea, duas relataram casos de pré-eclâmpsia, sendo que uma dessas não apontou essa condição patológica como a razão da cesárea. Quatro relataram não terem iniciado o trabalho de parto:

“Eu tive cesárea por que minha filha nasceu muito gorda, aí eu não tive passagem, porque eu era muito nova, eu tive com 16 anos, e ela ‘tava’ muito pesada [...] A médica já chegou lá e falou: “Você vai ter um parto cesáreo porque a menina ‘tá’ grande” (Diamante)”.

“Quando estourou a bolsa, porque o neném passou do ponto, fez coco na minha barriga, aí teve que ir correndo para a sala de cirurgia (Jaspe Vermelho)”.

“Eu já tive cesariana na outra, por conta da pressão (Cristal)”.

“O meu primeiro eu tive cesárea porque eu não senti nada, chegou a 41 semanas [...] (Ametista)”.

“Foi cesáreo porque ele ‘tava’ sentado e eu não tive dilatação (Pérola)”.

“Os dois partos anteriores foram cesáreas porque eu não tive passagem (Quartzo Rosa)”.

Não é possível saber se as cesáreas passadas realmente eram necessárias e nem este é o foco deste trabalho, mas o fato é que todas essas mulheres ficaram marcadas por sua experiência. Carvalho (2015) diz que o alto número de procedimentos desnecessários traz graves consequências para as mulheres e crianças submetidas aos nascimentos cirúrgicos. Bem como, Dias (2008) aborda que as complicações pós-cesáreas podem variar de um episódio de febre a uma infecção puerperal. Pérola contou ter sofrido com febres após a cirurgia:

“A cesariana foi muito difícil, para mim. Eu passei 15 dias com febre e me deu infecção, mas eles me mandaram para casa. Até os três primeiros dias, não deu problema nenhum, quando eu cheguei em casa, comecei a sofrer com isso. Eu achei melhor eu ficar [em casa], porque [ir ao] hospital também não. Eu falei: “para lá eu não volto, prefiro ficar em casa”. Aí passei 15 dias com febre, meus pontos inflamaram, mas eu consegui me recuperar em casa, preferi não voltar (Pérola)”.

A reflexão sobre o episódio passado pela entrevistada, Pérola, seria por causa da forma como essa mulher foi tratada no hospital em que seu filho nasceu? Passou por a assistência não adequadamente humanizada? Por que essa mulher não quis retornar ao hospital? São questões que ficam em aberto.

Quanto aos sentimentos deixados pós-cesárea, atribui-se a partir dos diversos discursos que refletiam a obrigatoriedade da cirurgia, as mulheres não demonstraram ver a cesárea como uma opção:

“Eu não senti nenhuma dor, nem contração, nem nada, aí fui obrigada a fazer [a cesárea] (Amestista)”.

“Eu já tive cesariana e não foi muito bom, não, mas só porque tinha que ter mesmo, porque se fosse por minha escolha, seria normal (Pérola)”.

“Ah não, para mim, foi muito complicado cesáreo, não foi uma opção, foi obrigação porque fui obrigada a fazer (Cristal)”.

6.5. Percepção do Parto e da Cesárea

A categoria “percepção do parto e da cesárea” (Figura 3) explora a opinião das mulheres grávidas sobre parto e cesárea, a partir de duas subcategorias:

1. Preferência pelo parto: a predileção ao parto, segundo dois aspectos: 1.1 Vantagens do parto: a opinião das mulheres sobre os possíveis benefícios de ter um parto e 1.2. Desvantagens do parto: a opinião das mulheres sobre o prejuízo de ter o parto;

2. Preferência pela cesárea: a escolha pela cesárea, a partir de dois componentes: 2.1 Vantagens da cesárea: a opinião das mulheres sobre os possíveis privilégios de ter uma cesárea e 1.2. Desvantagens da cesárea: a opinião das mulheres sobre os possíveis danos do procedimento cirúrgico. 1.3 Indicações de cesáreas segundo a percepção das entrevistadas.

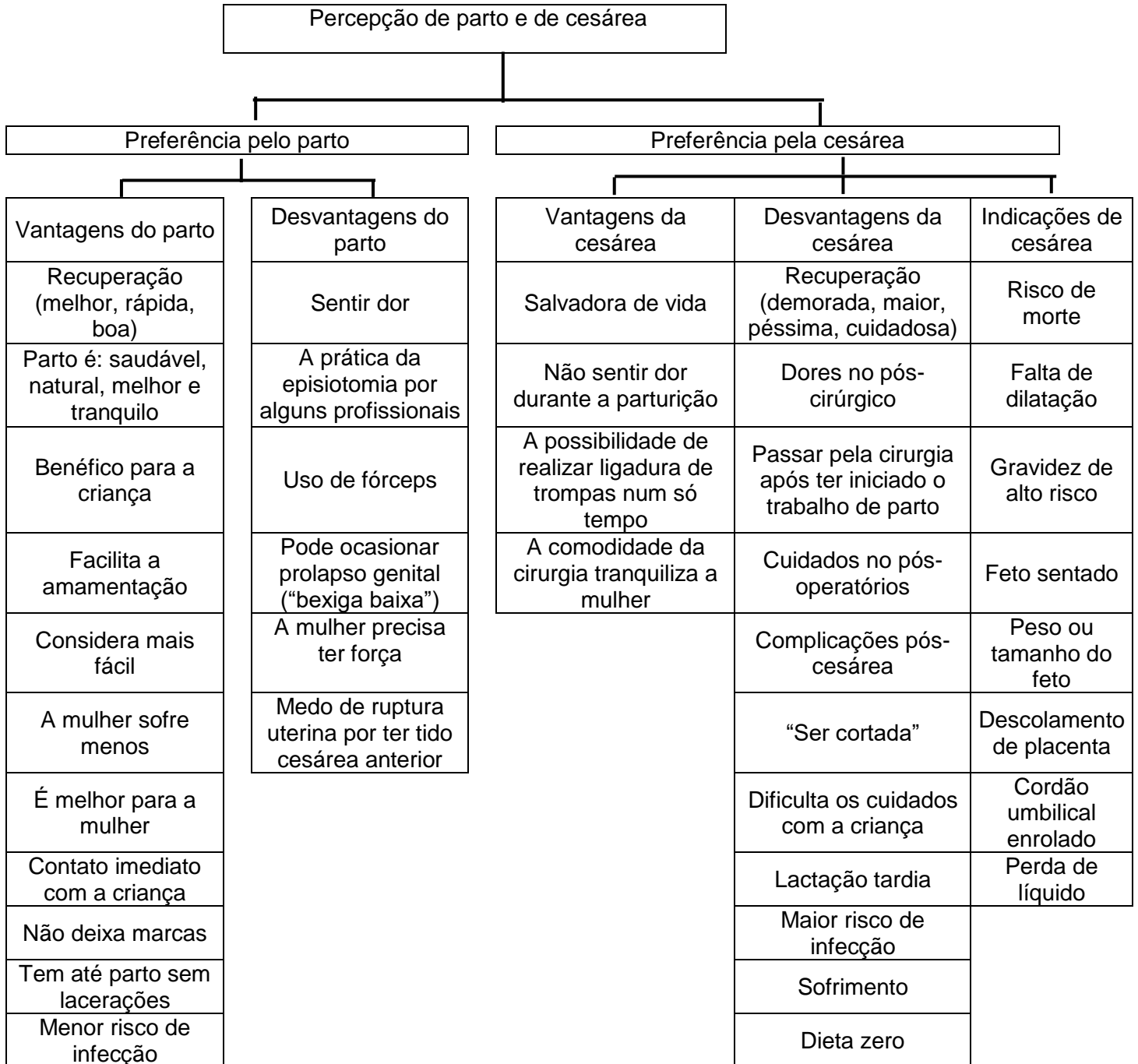


Figura 3 — Categoria "Percepção de parto e de cesárea", suas subcategorias e componentes

Fonte: Elaboração própria.

Com relação à preferência das mulheres pelo parto ou pela cesárea, a maioria (11) disse ser favorável ao parto, ao passo que três optaram pela cesárea e uma informou que estava em dúvida. Este achado corrobora os resultados apontados em Vale et al. (2015), Ferrari e Mirlei De Lima (2010), e Barbosa et al (2003), ao encontrarem em seus estudos a preferência pelo parto. No Quadro 2, é possível verificar a relação entre a experiência de nascimento anterior com a pretendida. Seis das 15 mulheres já haviam passado por, pelo menos, uma cesárea. As três respondentes favoráveis à cesárea como forma escolhida de nascimento atual, já passaram por esse procedimento cirúrgico.

Quadro 2 — Preferência atual ao parto ou à cesárea conforme número de gestação e experiência de parturição

Pseudônimo	Número de gestações (incluindo a atual)	Experiência anterior quanto ao parto ou à cesárea	Preferência atual
Ágata	3	Parto	Parto
Ametista	2	Cesárea	Dúvida
Pedra da lua	1	Ainda não vivenciou	Parto
Jade	4	Parto	Parto
Onix	3	Parto	Parto
Pérola	4	Parto e cesárea	Parto
Quartzo rosa	3	Cesárea	Cesárea
Turquesa	1	Ainda não vivenciou	Parto
Madrepérola	3	Parto de natimorto	Parto
Rubi	1	Ainda não vivenciou	Parto
Esmeralda	3	Parto	Parto
Pedra do sol	1	Ainda não vivenciou	Parto
Diamante	4	Cesárea	Parto
Cristal	2	Cesárea	Cesárea
Jaspe vermelho	6	Parto e cesárea	Cesárea

Fonte: Elaboração própria.

“[Prefiro] Parto natural, porque é melhor para a mãe, é melhor para o bebê, é uma coisa que sempre teve que acontecer e por conta da influência do ser humano nesse meio natural, houveram consequências e eu não quero me prejudicar e nem prejudicar o meu filho (Pedra do Sol)”.

É possível inferir pela fala da Pedra do Sol, que a mesma parecia deter conhecimento da influência tecnológica aplicada de forma desnecessária no momento do

nascimento, com interferências maléficas tanto para a mulher como para a criança. Isso demonstra que a mulher assume o lugar de protagonismo no parto, buscando informações e as implicações que as formas de nascer desencadeiam.

A participante Madrepérola foi a única que informou ter preferência divergente da esperada por seu médico:

“Eu prefiro normal, mas o meu vai ser cesárea, porque é [uma gestação de] alto risco. O médico não me informou [o motivo da classificação], só disse que sou de alto risco, deve ser por causa dos abortos (Madrepérola)”.

A Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que:

“Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.”

Define gestação, parto e puerpério de risco, em seu art. 2º, II como a “situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis”. A portaria ainda diz em seu art. 4º, que na gestação de alto risco devem ser contemplados todos os níveis de complexidade, tendo em vista a importância da abordagem integral das mulheres gestantes, conforme suas condições clínicas, socioeconômicas e demográficas. O relato da participante demonstra que não houve um espaço amplo de diálogo, no qual a mulher pudesse compreender a sua situação e os cuidados a partir dela.

Dentre os motivos das mulheres preferirem a cesárea ao parto, cada uma tem sua própria razão: interesse em realizar ligadura tubária; cesáreas anteriores bem-sucedidas; e medo por ter tido pré-eclâmpsia na gestação passada:

“Agora eu “tô” preocupada com isso mesmo [o parto], porque o que eles [profissionais de saúde] vão fazer?! Se for normal eu não “tô” preparada, não vou mentir, por mais que tenha sido ruim, pra mim, a cesariana, eu fico preocupada em ser normal e eu não ter condição, e eu sei que eles vão tentar normal, porque eles estão dando prioridade é pra isso, sempre deram, né (Cristal)”.

Os achados estão em concordância com as razões, apresentados por Vale et al (2015), para a preferência das mulheres pela cesárea. Em seu estudo, os referidos autores

apontaram a insegurança na assistência local como um fator contribuinte para tal decisão. Na fala, acima, de Cristal é possível questionar se o seu medo em passar pelo parto não estaria ligado à insegurança na assistência médica, tendo em vista que ela demonstra acreditar que os profissionais de saúde dão prioridade ao parto sem que haja a escuta e avaliação das condições da mulher.

Já os motivos elencados pelas mulheres para justificar sua preferência pelo parto sobre a cesárea são concordantes com os mesmos encontrados por Barbosa et al (2003) e apresentados por Castro (2014), indo ao encontro com a subcategoria “vantagens do parto”. Todas as entrevistadas disseram acreditar que o parto tem benefícios. A principal vantagem apontada está ligada à recuperação pós-parto, atribuída pelas participantes como sendo mais rápida, melhor e boa. Além disso, outras razões também apareceram, sendo elas: ser natural/saudável; ser mais benéfico para a criança e para a mulher; facilitar a amamentação; ter menos risco de infecção:

“Sim, no parto normal o leite chega mais rápido, ajuda. A recuperação da mulher é mais rápida também, e corre menos risco de infecção (Ametista)”.

“Geralmente você faz o parto que é um parto saudável e você pode “tá” ativo, né (Jade)”.

“Todas as vantagens, tanto para a criança quanto para a mãe. A criança nasce mais saudável, a recuperação da mãe é super-rápida, tem mãe que já levanta e sai andando da maca. Então é bem diferente [da cesárea] (Pérola)”.

“Tem, todos [os benefícios]. Bem tranquilo, é uma coisa natural do corpo, ele próprio expulsa, ele já “tá” programado pra isso. A cesárea, não, a cesárea você faz, mas não “tava” preparado pra aquilo, “tava” preparado pra nascer normal, para vir do jeito que era para ser, porque o corpo já estava programado, é bem diferente da cesariana que é um corte cirúrgico. O normal tem gente que ganha e o médico não faz nem pontos porque saiu o neném e não precisou (Turquesa)”.

“Sim, a recuperação mais rápida, o contato com o bebê que a mãe tem mais rápido também. Sem contar que a recuperação mais rápida é a base de tudo, né. Você se recupera, você fica com seu bebê por mais tempo, você tem tempo para tudo (Pedra do Sol)”.

Os discursos das participantes demonstraram uma forte preocupação com a recuperação, em estarem ativas para realizar seus autocuidados e cuidar do recém-nascido de forma independente. Os benefícios apontados pelas mulheres grávidas estão de acordo com a afirmação de Leguizamon Junior et. al (2013, p.510) que diz que “o parto natural traz

algumas vantagens, tanto para a mãe quanto para o bebê, incluindo recuperação mais rápida, ausência de dor no período pós- parto, alta precoce, menor risco de infecção e de hemorragia”.

O fato de as mulheres terem elencado motivos que encontram respaldo em outros estudos, pode sugerir que a atenção prestada sobre o parto, durante o pré-natal, está transmitindo conhecimento que pode contribuir para a autonomia da mulher. No entanto, não se deve desconsiderar a vivência das próprias mulheres ou de outras a quem recorreram.

Quanto às desvantagens em relação ao parto, nove mulheres disseram não existir, seis responderam que existem. Com relação aos prejuízos, três se reportaram a dor, uma falou do uso de fórceps, outra relatou a episiotomia e uma descreveu o caso de prolapso genital, que consiste na perda de sustentação do assoalho pélvico (RESENDE, A., et al, 2010).

“A desvantagem que eu vejo é que tem uns [médicos] que forçam, que cortam para forçar a saída da criança (Ágata)”.

“Para a mulher tem a dor, só (Ônix)”.

“Às vezes, porque tem umas pessoas que quando vão ter neném, não conseguem fazer força e acaba machucando o bebê. Teve uma amiga minha mesmo, que foi ter normal, ela não conseguiu e o médico teve que usar um “ferro” para puxar o neném e fez foi machucar a cabeça do neném. Então para você ter normal, você tem que ter força (Quartzo Rosa)”.

“Eu acho que depois do parto normal, é coisa da mulher mesmo, eu acho que tinha que ter um acompanhamento, não só no posto de saúde, eu acho assim, na rede pública, porque a mãe depois do parto normal, ela tem alguns problemas, algumas também, né. Tipo: bexiga baixa, né. Aí, eu acho que tinha que fazer alguma reconstrução mais fácil. Hoje tem na rede pública, mas é muito complicado para você conseguir. Eu conheço muita gente que logo depois do parto ficou com incontinência urinária, que não consegue, tem dificuldade para conseguir na rede pública, um acompanhamento, um tratamento ou até uma cirurgia (Pérola)”.

A preocupação demonstrada na fala de Pérola, não é em vão. Rodrigues et al. (2008) demonstra que o prolapso genital é uma condição multifatorial que vai da história familiar, a paridade, e tipos de parto, afirmando que o parto é o principal fator de risco e ocorre sob a supervisão do médico. Os autores acreditam que os ginecologistas podem atuar na prevenção da doença, a partir do reconhecimento de possíveis lesões no assoalho pélvico provocadas pelo parto e fornecendo tratamento adequado em tempo hábil. Além do que,

Resende et al. (2010) demonstram que mudanças saudáveis no estilo de vida e exercícios para fortalecer os músculos do assoalho pélvico podem ajudar na prevenção.

É interessante observar que, com exceção da dor partindo da ideia que são ligadas ao trabalho de parto sem indução, as desvantagens apontadas pelas mulheres têm de alguma forma a intervenção do homem no processo de parir. No entanto, o MS no protocolo Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - Relatório de recomendações (2016), indica a não realização da episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo, e diz que, caso seja realizada, o procedimento deve ser feito em conformidade com o descrito no documento, além de assegurar o uso de anestesia para a realização. Quanto ao uso de fórceps, deve ser considerado se houver sofrimento fetal ou prolongamento do trabalho de parto.

Durante a participação, desta pesquisadora, nas palestras de pré-natal, em um dado momento, o palestrante explicou às mulheres grávidas que havia divergência entre profissionais sobre a prática da episiotomia e diferente do que preconiza o MS, o palestrante disse defender e concordar com a prática indiscriminada do procedimento cirúrgico. Talvez, essa defesa feita, no momento das ações de educação do pré-natal, reforce o medo da mulher em relação ao parto normal.

Tendo em vista que os relatos de desvantagens do parto estão relacionados à dor, um dos benefícios, apontado pelas participantes, quanto à realização da cesárea está justamente ligado à ausência dela, segundo um terço das entrevistas. Salienta-se que dez mulheres disseram acreditar que existem vantagens na cirurgia, enquanto cinco acharam que não. Outros motivos citados e categorizados segundo o componente “cesárea como salvadora de vida” incluíram os relatos que discorrem sobre os possíveis riscos de morte tanto para a mulher, quanto para a criança e a realização em casos de gestação de alto risco. Uma das participantes atribuiu à cesárea a qualidade de ser mais cômoda para a mulher, apresentando a ideia de cesárea eletiva, já discutida por Faundes e Cecatti (1991), como um fator sociocultural influente. Os resultados estão de acordo com os mesmos encontrados por Dias et al (2008) e Barbosa et al (2003):

“Assim, não em relação a vida da mulher e nem da criança, mas [a cesárea] é mais cômodo, né. Em relação a deixar a mulher mais tranquila em relação a ela não sentir dor, nem nada. Marca ali e vai fazer (Amestista)”.

“Tem benefícios porque não vai sentir a dor, aquela dor bem maior que sente no normal (Pedra da Lua)”.

“Sim, quando existe risco, sim. O benefício é a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê (Pedra do sol)”.

Quanto às desvantagens que a cesárea possa ter, apenas uma participante disse não considerar que haja dano na cirurgia. Houve mais de um prejuízo apontado por participante, distribuídos assim: nove relataram a recuperação considerada, pelas mulheres, como mais demorada, maior, mais delicada; sete destacaram as dores no pós-cirúrgico; duas falaram sobre a lactação tardia, duas consideraram a questão de “ser cortada”:

“Na cesárea, eu achei ruim porque você depende dos outros, não é como o normal. O normal, você pode tomar seu banho depois do parto, você pode andar, não fazer esforço, mas você pode andar, pode caminhar, você pode fazer alguma coisinha, mas na cesárea, não. Você depois de 48 horas tem que tomar banho. Você não pode fazer nada, até a roupa incomoda por causa da cirurgia, a calcinha porque fica em cima. Então, você tem que saber o tipo de calcinha, não é qualquer roupa. Todos estes tipos de detalhes constam, então, assim, eu não gosto (Jaspe Vermelho)”.

O relato da Jaspe Vermelho demonstra o descontentamento da mulher com a questão da dependência, a preocupação com o vestuário e o incômodo do pós-cirúrgico.

“Sim, na cesariana a recuperação da mulher é mais demorada, tem problema muitas vezes do leite não chegar, passa um, dois, três dias. As dores que a mulher sente, para mim, existem desvantagens sim (Ametista)”.

“Sim, a recuperação. Você também fica mais vulnerável a dor, a infecções e também corre risco de tu tardar a amamentação do bebê, dependendo (Pedra do Sol)”.

Melo Rocha, Simpionato e Falleiros de Mello (2003) afirmam que as mulheres submetidas à cesárea necessitam, de fato, de mais atenção para a amamentação, devido à dor e ao desconforto pós-cirúrgico. Logo, a desvantagem apontada poderia indicar que as mulheres estão informadas das consequências desfavoráveis da cesárea.

“Eu nunca tive cesárea, mas eu tenho medo. Eu acho que fica mais de um mês sentindo dor ainda, porque a cicatriz é muito grande, não consegue cuidar do neném direito, né (Esmeralda)”.

“No cesáreo, além de você ser cortado, você vai estar indisposto (Jade)”.

É notável a inquietação das mulheres com a invasão ao corpo a partir do corte, assim como encontrado por Leguizamon Junior et al. (2013), no qual houve uma preocupação quanto aos problemas estéticos ligados à cicatriz.

Durante as perguntas sobre as vantagens e desvantagens do parto e da cesárea, as mulheres pareciam responder com bastante tranquilidade e segurança sobre o que estavam dizendo. No entanto, quando indagadas sobre as possíveis indicações de cesárea, elas demonstravam inseguranças em suas respostas. Dessa forma, o feedback para tal pergunta foi categorizado. Treze disseram saber em quais casos a cesárea é recomendada, enquanto duas desconheciam. As indicações apontadas, segundo as mulheres grávidas, constantes no Gráfico 2, demonstram que oito acreditam que a cesárea é recomendada quando há risco de morte para a mãe e/ou para a criança.

“Não [sei] muito assim, mas quando [o feto] “tá” sentado, o peso, o tamanho (Ônix)”.

“Descolamento de placenta que é a baixa placenta, conforme a moça [palestrante] colocou, há risco para o bebê, há risco pra perda do bebê, não há passagem (Pedra da Lua)”.

“Para quando o neném “tá” sentado como ele [palestrante] citou aqui, diabetes, pressão alta, alguma coisa assim que vai prejudicar a mãe e o bebê (Turquesa)”.

“Quando o bebê [o feto] “tá” sentado, não tem a posição ou então, cordão umbilical enrolado no pescoço, perda de líquido assim, e quando a mulher também não tem passagem, só isso mesmo (Rubi)”.

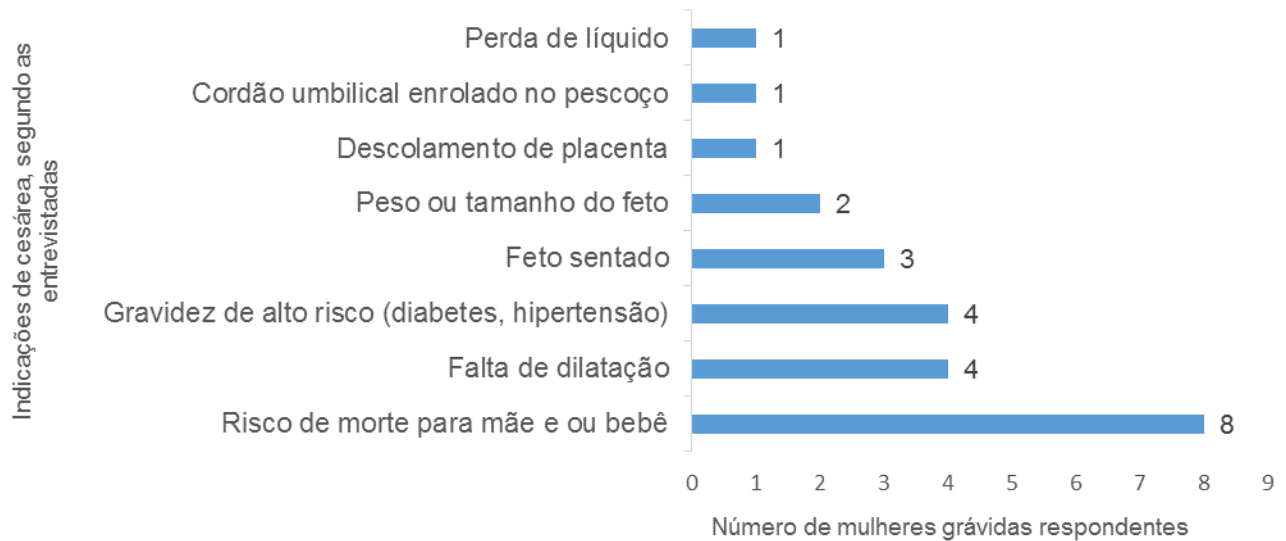


Gráfico 2 — Indicações de cesáreas, segundo a percepção das mulheres gestantes

Fonte: Elaboração própria.

“Só em último caso, quando não tem como a criança nascer, quando já “tá” numa complicação muito avançada para a criança e para a mãe, aí eu acho que assim, deve ser feita a cesariana. Mas assim por escolha, eu acho que não podia ser, não, né”. (Pérola)

A fala da participante exhibe sua conformidade com as cesáreas em caso de representação de risco, mas demonstra inquietação quanto às cesáreas eletivas, definidas por Francisco e Zugaib (2013), como aquelas sem indicação clínica ou obstétrica para sua realização. Os referidos autores reportam que a prática da cesárea eletiva com menos de 38 semanas gestacionais apresenta resultados neonatais adversos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As altas proporções de cesáreas observadas no cenário atual desencadeiam diversos questionamentos sobre quais seriam suas razões. São muitos os esforços das políticas públicas para mudar o panorama encontrado. Dessa forma, esta pesquisa buscou ouvir a partir das próprias 15 mulheres gestantes, de um serviço de atenção primária da cidade de Ceilândia - DF, situada na Superintendência da Região de Saúde Oeste, sua percepção sobre parto e cesárea.

Assim, após a condução de entrevista com as participantes, obteve-se o seu perfil sociodemográfico e obstétrico, destacando-se que a maioria prefere o parto à cesárea, independente do seu nível de escolaridade, e que em relação às mulheres que preferem a cesárea, elas já haviam passado por uma anterior, em sua experiência própria de parturição.

Os relatos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo, formando categorias, para conhecer a preferência das mulheres pelo parto ou pela cesárea e saber de suas opiniões sobre esses dois modos de nascer. Enfatizam-se como possíveis fatores contribuintes para a preferência apontada: a influência do relato da experiência por mulheres próximas; a importância das próprias vivências; as informações buscadas sobre parto e cesárea; a argumentação do médico a favor da cesárea (situação, muitas vezes, não contestada); entendimento da obrigatoriedade de ter uma cesárea em função de ter sido submetida a uma anterior. Esse último está atribuído às mulheres que relataram ter passado pela referida cirurgia. Ressalta-se que a maioria das entrevistadas não considerou a influência do pré-natal para auxiliar a decisão do tipo de nascimento.

Salienta-se ainda um conjunto de benefícios apontados ora para o parto, ora para a cesárea, tais como, para o parto: satisfação/desejo pela recuperação mais rápida; vantagens para a saúde da criança. Em relação à cesárea, os aspectos positivos indicados foram: procedimento salvador de vida; ausência de dor.

Quanto aos resultados de desvantagem para o parto apareceram: dor durante o trabalho de parto; a prática da episiotomia; uso de fórceps. Constaram como alguns pontos negativos para a cesárea: “ser cortada”; dor após o procedimento; cuidados pós-cirúrgicos; lactação retardada.

Outra questão bastante repetida e que também apareceu na literatura consultada, consistiu na importância da recuperação mais rápida do parto do que da cesárea. Algumas

falas revelaram a preocupação em estar bem para poder realizar suas atividades de forma independente, além de poder proceder ao autocuidado e cuidado com a criança. A cesárea foi considerada como salvadora de vida, nas falas com reconhecimento da realização da cirurgia em casos de algum risco para a mulher ou para o feto, sem saber informar com precisão em que momento a cesárea é realmente indicada. Diante desses relatos, notou-se certo conhecimento construído pelas mulheres que pode contribuir para a tomada de decisão quanto ao tipo de nascimento desejado para o seu filho.

As palestras de pré-natal assistidas permitiram tecer considerações importantes quanto à forma competente como os palestrantes da UBS atuam na educação e promoção da saúde. Nas referidas abordagens educativas, verificou-se a interação entre os locutores e as mulheres gestantes dentro de um espaço aberto ao diálogo, evidenciando um vínculo existente entre o grupo das mulheres gestantes e os profissionais de saúde. Certamente, o estabelecimento desse vínculo foi um fator facilitador para a participação e comunicação das mulheres entrevistadas durante as palestras assistidas. No entanto, foi observado um tom um tanto impositivo nos discursos, ao declararem que a decisão de cesárea cabe ao profissional médico, sem acréscimo de maiores explicações. A informação dada era de que a rede pública de saúde tende a indicar o parto, ficando a cesárea a ser decidida pela equipe de saúde, em situações especiais mais raras.

Notou-se, dessa forma, uma não valorização ao protagonismo da mulher na decisão sobre o modo de término de sua gravidez. Os esclarecimentos sobre as indicações de cesárea não constavam na pauta das palestras, vindo à tona só a partir das indagações das mulheres gestantes. Os palestrantes mostraram-se solícitos e não desqualificaram as dúvidas apresentadas. Assim, o serviço de saúde atende o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, nos encontros educativos, e vai além, quando tenta elucidar os questionamentos surgidos sobre cesárea.

A aparição de diversas falas ligadas aos discursos de experiências próprias ou de outras mulheres, na vivência da parturição, sugere a importância das ações educativas em saúde acontecerem no formato de grupo de mulheres gestantes, e não apenas individualizadas, pois, o compartilhamento de conhecimentos tem sido demonstrado ser um fator relevante para delinear a preferência da mulher ao parto ou à cesárea.

Dessa forma, sugere-se que as equipes de saúde, responsáveis pelas ações educativas, estimulem o compartilhamento de experiência, a exposição de dúvidas e a construção de conhecimento, tanto em nível individual de consulta de pré-natal, quanto em grupo na modalidade de palestras, oficinas e rodas de conversa. Outra proposta é que haja a inclusão de assuntos pertinentes aos aspectos emocionais, temas relativos à violência e consumo de drogas ilícitas que afetam a saúde e o bem-estar das mulheres gestantes, situações que requerem um acolhimento diferenciado durante o pré-natal.

Os resultados encontrados nesta pesquisa reforçam a relevância do papel dos serviços de saúde, enquanto agentes promotores de educação em saúde, atendendo as necessidades de conhecimento das mulheres gestantes, para que possam compreender as circunstâncias adequadas indicadas para a ocorrência do parto e da cesárea, e assim tornarem-se empoderadas para assumir uma posição mais protagonista na decisão pelo modo de nascer de seus filhos.

Recomendam-se como pesquisas posteriores: 1) a escuta aos profissionais de saúde sobre sua visão em relação à abordagem das mulheres gestantes, nas questões relativas aos benefícios e riscos de um ou outro tipo de nascimento, tendo como base as evidências científicas; 2) investigação para conhecer se as mulheres têm sido atendidas em seu desejo pela forma de nascimento de seu filho, e se não, quais os motivos apresentados.

Por fim, assume-se o compromisso de apresentar os resultados desta pesquisa para as equipes de saúde da UBS, onde foi realizada esta investigação, bem como para aquelas da Superintendência da Região de Saúde Oeste, que inclui a referida unidade, visando suscitar uma reflexão para possíveis encaminhamentos a serem tomados, na abordagem educativa das mulheres gestantes, neste tema tão importante sobre o modo de nascer.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, G. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p.1611-1620, nov/dez. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAKER, S.; EDWARDS, R. How many qualitative interviews is enough?: Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research. **ESRC National Centre for Research Methods**, University of Southampton, 2012.

BETRÁN, A. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 21, n. 2, p. 98–113, mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 306 de 28 de março de 2016. Protocolo Clínico e Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.

_____. _____. Portaria da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal nº 77 de 14 de fevereiro de 2017. Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

_____. _____. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 2000.

_____. _____. **Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos** (Sinasc) - Datasus. Informações de Saúde (Tabnet). Estatísticas Vitais. Nascidos vivos - 1994 a 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual técnico-pré-natal e puerpério-atenção qualificada e humanizada**. 2006.

_____. _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS. Notícias ANS. Números do setor. **Atualização das taxas de partos na saúde suplementar** [online]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-de-partos-na-saude-suplementar>>. Acesso em: jul. 2017

_____. _____. _____. A ANS. Notícias ANS. Qualidade da Saúde. **Parto Adequado**: novo balanço mostra queda no número de cesáreas [online]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3456-parto-adequado-novo-balanco-mostra-queda-no-numero-de-cesareas>>. Acesso em: nov. 2016

_____. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Áreas temáticas. Pesquisas socioeconômicas. **Pesquisas Distritais por Amostra de Domicílios – PDAD** [online]. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/areas-tematicas/pesquisas-socioeconomicas/319-pdad2015.html>>. Acesso em: nov. 2016

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

CARDOSO, J.; BARBOSA, R. O desencontro entre o desejo e a realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 35-52, 2012.

CARVALHO, L. **Eu não quero outra cesárea**: ideologia, relações de poder e empoderamento feminino. Coleção parto com prazer. São Paulo: Lexena, 2015.

CASTRO, M. **Ressignificando-se como mulher na experiência do parto**: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto. 2014. 174f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CECATTI, J. Crenças e credences sobre as atuais intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p.33-35, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Legislação/Processo. Normas CFM. Resolução CFM nº 2.144, de 22 de junho de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2144>>. Acesso em: nov. 2016.

CRUZ NETO, Otávio et al. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p. 51-66.

DE FIGUEIREDO, N. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, v. 36, n. 4, 2011.

DIAS, M. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século. In: Brasil, 2008. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar–ANS, 2008.

DINIZ, C.; DUARTE, A. O parto e o direito a escolha. In: _____. **Parto Normal Ou Cesárea?**: o que toda mulher tem que saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: Editora UNESP, 2004. p. 9-16.

FAUNDES, A.; CECATTI, J. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, jun.1991.

FERRARI, J; MIRLEI DE LIMA, N. Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil. **Revista Bioética**, v. 18, n. 3, 2010.

FRANCISCO, R.; ZUGAIB, M. Intercorrências neonatais da cesárea eletiva antes de 39 semanas de gestação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 02, p. 93-94, 2013.

GAMA, A. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov. 2009.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M; GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 64- 89.

GRANT, D. Explaining source of payment differences in U.S. cesarean rates: why do privately insured mothers receive more cesareans than mothers who are not privately insured? **Health Care Management Science**, n. 8, p. 5-17, 2005.

LEÃO, M. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p. 2395-2400, ago. 2013.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J.; BONAMIGO, E. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 509-517, dez. 2013.

MAZZONI, A. et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **BJOG**. v. 118, n 4, p. 391-399, 2011.

MELO ROCHA, S.; SIMPIONATO, É.; FALLEIROS DE MELLO, D. Apego mãe-filho: estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 2, 2003.

MINAYO, M. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2015, 108 p.

MOZZATO, A.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesariana**. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2015 [online]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1> Acesso em: set. de 2016.

PATAH, L. **POR QUE 90%? Uma análise das taxas de cesárea em serviços hospitalares privados do município de São Paulo**. 2008. 213f. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.

_____; MALIK, A. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 185-94, fev. 2011.

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

PINHEIRO, B.; BITTAR, C. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 585-602, dez. 2013.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2010.

RESENDE, A. et al. Prolapso genital e reabilitação do assoalho pélvico. **Femina**, v. 38, n. 2, 2010.

RIESCO, M.; FONSECA, R. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 685-698, jun. 2002.

RODRIGUES, Andrea Moura et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2009.

Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde – Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde – Giass. **Relatório Epidemiológico sobre Natalidade Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2014a [online]. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/583-relatorios.html>> Acesso em: set, 2016.

_____. Sobre a Secretária. Outros links. Informes Epidemiológicos. Morbidade, Natalidade e Mortalidade. Dados e Indicadores Epidemiológicos. **Dados e Indicadores de Natalidade 2015** [online]. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/583-relatorios.html>> Acesso em: mai, 2017.

_____. **Relatório dos Serviços Médico-Hospitalares realizados nas Unidades da SES/DF por Região, Coordenação Geral de Saúde (CGS) e Região Administrativa (RA)**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, jan/dez, 2014b.

_____. Sobre a Secretária. **Hospitais e regionais**. Ceilândia [online]. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>>. Acesso em: out. 2016.

SILVA, R. et al. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 108-120, mar. 2016.

SOKOLOWSKI, R. **Introdução à fenomenologia**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

UNICEF et al. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. São Paulo: Globo, 2011.

VALE, L. et al. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 86-92, set. 2015

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, n. S1, 2001.

WEIDLE, W. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p.46-53, mar. 2014.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos a Senhora a participar do projeto de pesquisa “Percepção das mulheres grávidas sobre parto e cesárea”, sob a responsabilidade da pesquisadora Luiza de Marilac Meireles Barbosa. O projeto aborda os fatores que formam a opinião das mulheres grávidas em relação ao parto e a cesárea.

O objetivo desta pesquisa é conhecer os motivos que influenciam as mulheres gestantes, de uma unidade básica de saúde de Ceilândia – DF, na preferência por parto ou cesárea, no primeiro semestre de 2017. É importante saber quais são as razões que levam muitas mulheres a preferirem a cesárea, e se conhecem seus possíveis riscos e benefícios.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará por meio de entrevista gravada durante o período de espera entre as consultas de pré-natal e palestras que acontecem no Centro de Saúde 10 de Ceilândia, na data combinada, com um tempo estimado de 20 minutos para sua realização. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada pessoa para respondê-lo.

A Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Se a Senhora aceitar participar, estará contribuindo para que os serviços de saúde possam prestar esclarecimentos as condições indicadas para a ocorrência de parto ou cesárea.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Luiza de Marilac Meireles Barbosa, professora da Faculdade de Ceilândia da Universidade



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

de Brasília, no telefone (XX) X XXXXXXXX, disponível inclusive para ligação a cobrar, no horário de 9h às 12h e 14h às 17h. Outra forma de contato pode ser pelo e-mail: marilac@unb.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhora.

Participante
Nome / assinatura

Pesquisadora Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de 2017.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data desta entrevista: ___/___/___

Data do nascimento: ___/___/___

Idade no dia da entrevista:

Raça / cor:

<input type="checkbox"/>	Amarela
<input type="checkbox"/>	Branca
<input type="checkbox"/>	Parda
<input type="checkbox"/>	Preta
<input type="checkbox"/>	Indígena
<input type="checkbox"/>	Sem declaração

Escolaridade:

<input type="checkbox"/>	Ensino Fundamental Incompleto
<input type="checkbox"/>	Ensino Fundamental Completo
<input type="checkbox"/>	Ensino Médio Incompleto
<input type="checkbox"/>	Ensino Médio Completo
<input type="checkbox"/>	Ensino Superior Incompleto
<input type="checkbox"/>	Ensino Superior Completo

Estado Civil/ união:

<input type="checkbox"/>	Solteira
<input type="checkbox"/>	Casada
<input type="checkbox"/>	Divorciada
<input type="checkbox"/>	Viúva
<input type="checkbox"/>	União consensual

Há quanto tempo reside na área de abrangência da UBS _____

Religião ou crença: _____

Número de gestações, incluindo a gestação atual: _____

Número de partos: _____

Número de abortos: _____

Número de natimortos: _____

Quantidade total de filhos (vivos e mortos): _____

Quantidade atual de filhos vivos: _____

Ocupação: _____

Data da última menstruação: ___/___/___

Semana gestacional em que iniciou o pré-natal: _____

Atual semana gestacional: _____

Nº de consultas de pré-natal até esta data: _____

Realiza pré-natal em outra unidade particular de saúde (se sim, desde quando e por que):

MOTIVOS (PORQUE)

Durante as consultas de pré-natal e as palestras, você recebe orientações sobre o parto e a cesárea?

Em sua opinião, o pré-natal está influenciando na sua preferência pelo parto ou pela cesárea?

Você pesquisou/procurou em alguma fonte (livros, revistas, internet, televisão, familiares, vizinhas) para obter informações sobre o parto e a cesárea? O que encontrou?

Você participa de alguma rede social para conversar sobre parto e cesárea?

MOTIVOS (PARA QUE)

Você prefere parto ou cesárea? Por que sim? Por que não?

Em sua opinião, a decisão pelo parto ou cesárea cabe a quem? (Médico, mulher, esposo, família...)

Você sabe em quais casos recomenda-se a cesárea? Se sim, quais são?

Para você existem benefícios em relação ao parto? Se sim, quais são?

Para você existem desvantagens em relação ao parto? Se sim, quais são?

Para você existem benefícios em relação à cesárea? Se sim, quais são?

Para você existem desvantagens em relação à cesárea? Se sim, quais são?

SITUAÇÕES HIPOTÉTICAS

Caso você optasse pelo parto e não a cesárea, não havendo nenhum motivo impeditivo, mas se o médico tentasse convencê-la de que a cesárea seria mais conveniente para ele e para você, como agiria diante da situação? Aceitaria o pedido desse médico ou procuraria outro profissional?

Supondo que você tenha uma filha e ela esteja grávida, caso ela pedisse a sua opinião para decidir pelo parto ou pela cesárea, qual seria sua recomendação?

APÊNDICE C

Quantificação das respostas da entrevista

Entrevista	Respostas	
Durante as consultas de pré-natal e as palestras, você recebe orientações sobre o parto e a cesárea?	Sim 10	Não 5
Em sua opinião, o pré-natal está influenciando na sua preferência pelo parto ou pela cesárea?	Sim 6	Não 9
Você pesquisou/procurou em alguma fonte para obter informações sobre o parto e a cesárea?	Sim 11	Não 4
Principais fontes relatadas:	Internet	7
	Experiência de outras mulheres	3
	Experiências passadas	1
	Nenhuma fonte	4
Você participa de alguma rede social para conversar sobre parto e cesárea?	Sim 5	Não 10
Principais redes citadas:	Facebook	3
	Facebook e WhatsApp	1
	Facebook e YouTube	1

Quantificação das respostas da entrevista

Você prefere parto ou cesárea?	Parto 11	Cesárea 3	Dúvida 1
Em sua opinião, a decisão pelo parto ou cesárea cabe a quem? (Médico, mulher, esposo, família...)	Ao médico 7	A mulher 5	A mulher e o médico 3
Você sabe em quais casos recomenda-se a cesárea?	Sim 13	Não 2	
Para você existem benefícios em relação ao parto?	Sim 15	Não 0	
Para você existem desvantagens em relação ao parto?	Sim 6	Não 9	
Para você existem benefícios em relação à cesárea?	Sim 10	Não 4	
Para você existem desvantagens em relação à cesárea?	Sim 14	Não 1	
Caso você optasse pelo parto e não a cesárea, não havendo nenhum motivo impeditivo, mas se o médico tentasse convencê-la de que a cesárea seria mais conveniente para ele e para você. Você aceitaria o pedido desse médico ou procuraria outro profissional?	Sim 1	Não 9	A depender da persuasão médica 5
Supondo que você tenha uma filha e ela esteja grávida, caso ela pedisse a sua opinião para decidir pelo parto ou cesárea, qual seria sua recomendação?	Parto 13	Cesárea 0	Cesárea com indicação 2

APÊNDICE D

Comparação entre os pontos indicados no manual técnico do MS e os observados nas palestras assistidas de pré-natal

Assuntos que devem ser abordados de acordo com o manual técnico	Assuntos contemplados
Importância do pré-natal;	SIM
Cuidados de higiene;	SIM
A realização de atividade física, de acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, pode proporcionar benefícios por meio do ajuste corporal à nova situação. Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal (ver página 96). Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;	SIM
Nutrição: promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);	SIM
Desenvolvimento da gestação;	SIM
Modificações corporais e emocionais;	SIM
Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;	NÃO
Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;	SIM
Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;	SIM
Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);	SIM
Preparo para o parto: planejamento individual considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;	NÃO
Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;	NÃO
Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz; Manual Puerpério 19/09/06.indd 33 11/1/06 7:03:31 PM ASPECTOS EMOCIONAIS DA GRAVIDEZ E DO PUERPÉRIO 34	NÃO
Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;	NÃO
Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;	SIM
Sinais e sintomas do parto;	SIM
Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;	SIM
Saúde mental e violência doméstica e sexual;	NÃO
Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;	SIM
Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;	NÃO
Importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;	NÃO
O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pelo Lei nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005;	SIM
Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;	NÃO
Importância das consultas puerperais;	SIM
Cuidados com o recém-nascido;	SIM
Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;	SIM
Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).	SIM

Fontes: Ministério da Saúde. Manual Técnico-Pré-Natal e Puerpério-Atenção Qualificada e Humanizada. 2006; e dados próprios desta pesquisa. 2017.

ANEXO A

Classificação de Robson:

Grupo 1*
Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

Grupo 6
Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica

Grupo 2
Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

Grupo 7
Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 3*
Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

Grupo 8
Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 4
Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

Grupo 9
Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 5^c
Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas

Grupo 10
Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Cesárea anterior ^c

Trabalho de parto espontâneo*

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2015.

ANEXO B
Diretrizes para a operação cesariana no Brasil

RECOMENDAÇÃO		QUALIDADE DA EVIDÊNCIA
CUIDADO CENTRADO NA MULHER		
Oferta de Informações	É recomendado fornecer informações para as gestantes durante a atenção pré-natal, parto e puerpério baseadas em evidências atualizadas, de boa qualidade, apontando benefícios e riscos sobre as formas de parto e nascimento, incluindo a gestante no processo de decisão.	BAIXA
Termo de Consentimento	<p>É recomendada a obtenção de um termo de consentimento informado de todas as mulheres que serão submetidas à operação cesariana programada.</p> <p>Quando a decisão pela operação cesariana programada for tomada, é recomendado o registro dos fatores que influenciaram na decisão e, quando possível, qual deles é o mais influente.</p>	MUITO BAIXA
OPERAÇÃO CESARIANA PROGRAMADA		
Apresentação Pélvica	<p>Em apresentação pélvica, e na ausência de contraindicações (*), a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de idade gestacional, mediante termo de consentimento informado.</p> <p>A versão cefálica externa deve ser ofertada às mulheres e realizada por profissional experiente com esta manobra, em ambiente hospitalar. Em situações nas quais a versão cefálica externa estiver contra indicada (*), não puder ser praticada ou não tiver sucesso, a operação cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica.</p> <p>A operação cesariana programada por apresentação pélvica é recomendada a</p>	ALTA

	<p>partir de 39 semanas de idade gestacional. Sugere-se aguardar o início do trabalho de parto.</p> <p>Na situação de a mulher decidir por um parto pélvico vaginal, é recomendado que seja informada sobre o maior risco de morbidade e mortalidade perinatal e neonatal e que a assistência seja realizada por profissionais experientes na assistência ao parto pélvico, mediante termo de consentimento informado.</p> <p>Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem o parto pélvico.</p> <p>(*) Contraindicações para a versão cefálica externa incluem o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, operação cesariana prévia, outras complicações maternas e inexperiência do profissional com o procedimento.</p>	
Gestação Múltipla	<p>Em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, é recomendado que a decisão pelo modo de nascimento seja individualizada considerando as preferências e prioridades da mulher, as características da gestação gemelar (principalmente corionicidade), os riscos e benefícios de operação cesariana e do parto vaginal de gemelares, incluindo o risco de uma operação cesariana de urgência/emergência antes ou após o nascimento do primeiro gemelar.</p> <p>No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a operação cesariana é recomendada.</p>	BAIXA

Nascimento Pré-Termo	Na ausência de outras indicações, a operação cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento no trabalho de parto pré-termo em apresentação cefálica.	BAIXA
Feto pequeno para a idade gestacional	Na ausência de outras indicações, a operação cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento em caso de feto pequeno para idade gestacional.	BAIXA
Placenta prévia	A operação cesariana programada é recomendada como forma de nascimento em caso de placenta prévia centro-total ou centro-parcial.	BAIXA
Acretismo placentário	<p>Em gestantes com placenta prévia é recomendada a realização de um exame ultrassonográfico com doppler entre as semanas 28 e 32 da gestação, ou antes, se possível, para investigação de acretismo placentário.</p> <p>É recomendado que as gestantes com diagnóstico ultrassonográfico de acretismo placentário recebam atenção especializada em serviços de referência.</p> <p>Em gestantes com acretismo placentário, é recomendado programar a operação cesariana.</p> <p>Nas situações de suspeita de placenta increta ou percreta, é recomendado programar a operação cesariana para as semanas 34-36 da gestação.</p> <p>No momento da operação cesariana, é recomendada a presença de dois obstetras experientes, anestesista e pediatra para o procedimento, bem como equipe cirúrgica de retaguarda.</p> <p>É recomendada a tipagem sanguínea e a reserva de hemocomponentes para eventual necessidade durante o procedimento.</p>	<p>BAIXA</p> <p>BAIXA/MUITO BAIXA</p>

	O serviço de referência deve assegurar condições de suporte para pacientes em estado grave.	
Preditores da progressão do trabalho de parto	<p>A utilização de pelvimetria clínica não é recomendada para predizer a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto ou definir a forma de nascimento.</p> <p>A utilização de dados antropométricos maternos (por exemplo, a altura materna ou tamanho do pé) não são recomendados para predizer a falha de progressão do trabalho de parto.</p>	<p>ALTA</p> <p>BAIXA</p>
Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	<p>Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data correta da última menstruação, altura uterina, ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana).</p> <p>A operação cesariana eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.</p> <p>Caso a gestante com indicação para a operação cesariana eletiva inicie o trabalho de parto antes da data prevista para essa intervenção cirúrgica e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4 cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa de Zidovudina (AZT) e realizar a operação cesariana, se possível, após 3 horas de infusão. Sempre que possível, proceder ao parto empelicado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras).</p> <p>Não realizar ordenha do cordão umbilical, ligando-o imediatamente após a retirada do RN. Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da</p>	ALTA

	parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno. Utilizar antibiótico profilático, tanto na operação cesariana eletiva quanto naquela de urgência: dose única endovenosa de 2g de cefalotina ou cefazolina, após o clampeamento do cordão.	
Infecção pelo Vírus da Hepatite B	A operação cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B.	MODERADA
Infecção pelo Vírus da Hepatite C	A operação cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite C. A operação cesariana programada é recomendada para prevenir a transmissão vertical do HIV e Hepatite C em mulheres com esta coinfeção.	MODERADA BAIXA
Infecção pelo vírus Herpes simples (HSV)	A operação cesariana é recomendada em mulheres que tenham apresentado infecção primária do vírus Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação. A operação cesariana é recomendada em mulheres com infecção ativa (primária ou recorrente) do vírus Herpes simples no momento do parto.	MUITO BAIXA
Obesidade	A operação cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento de feto de mulheres obesas.	MODERADA
Profilaxia de infecção cirúrgica	É recomendado oferecer antibioticoprofilaxia antes da incisão na pele na intenção de reduzir infecção materna. A escolha do antibiótico para reduzir infecção pós-operatória deve considerar fármacos efetivos para	BAIXA

	<p>endometrite, infecção urinária e infecção de sítio cirúrgico.</p> <p>Durante a operação cesariana, é recomendada a remoção da placenta por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir o risco de endometrite.</p>	ALTA
PARTO VAGINAL COM OPERAÇÃO CESARIANA PRÉVIA		
Assistência à mulher com operação cesariana prévia	<p>É recomendado um aconselhamento sobre o modo de nascimento para gestantes com operação cesariana prévia que considere: as preferências e prioridades da mulher, os riscos e benefícios de uma nova operação cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma operação cesariana, incluindo o risco de uma operação cesariana não planejada.</p> <p>É recomendado que as mulheres com operações cesarianas prévias sejam esclarecidas de que há um aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após operação cesariana prévia. Este risco é, a princípio, baixo, porém aumenta à medida que aumenta o número de operações cesarianas prévias.</p> <p>Na ausência de outras contraindicações, é recomendado encorajar a mulher com uma operação cesariana prévia a tentativa de parto vaginal, mediante termo de consentimento informado.</p> <p>É recomendado que a conduta em relação ao modo de nascimento de fetos de mulheres com duas operações cesarianas prévias seja individualizada e considere os riscos e benefícios de uma nova operação cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após duas operações cesarianas, incluindo o risco aumentado de ruptura uterina e de operação cesariana adicional não planejada, e as preferências e prioridades da mulher,</p>	<p>BAIXA</p> <p>BAIXA</p>

	<p>mediante termo de consentimento informado.</p> <p>Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem o parto vaginal após duas operações cesarianas.</p> <p>Os profissionais e instituições de saúde devem ter resguardada sua autonomia em relação à aceitação ou não da assistência ao parto vaginal após duas operações cesarianas.</p> <p>A operação cesariana é recomendada para mulheres com três ou mais operações cesarianas prévias.</p> <p>O trabalho de parto e parto vaginal não é recomendado para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de operação cesariana anterior.</p>	
	<p>A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar e pelvimetria não são recomendadas como rotina em caso de mulher com uma ou mais operações cesarianas prévias.</p>	<p>BAIXA E MODERADA</p>
	<p>Em mulheres com operação cesariana prévia e intervalo entre partos inferior a 15 meses (ou intergestacional inferior a seis meses), é recomendado individualizar a conduta relativa ao modo de nascimento.</p>	<p>BAIXA</p>
	<p>Para as gestantes que desejam um parto vaginal (espontâneo ou induzido) após operação cesariana é recomendada a monitorização materno-fetal intermitente e assistência que possibilite acesso imediato à operação cesariana. Em mulheres com operação cesariana prévia e indicação para indução de trabalho de parto, é</p>	<p>BAIXA</p>

	recomendado o uso de balão cervical ou ocitocina.	
	O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de cesariana prévia, independentemente do número de cesáreas, não é recomendado.	MODERADA E BAIXA
CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)		
Cuidado do recém-nascido	Quando o nascimento ocorrer por operação cesariana, é recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em reanimação neonatal. Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra em nascimentos por operação cesariana, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal.	Portaria SAS/MS 371, de 07/05/2014, e NT 16/2014 CGSCAM/DAPES/SAS/MS, de 10/06/2014.
	É recomendado o cuidado térmico para o recém-nascido por meio de operação cesariana. O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser assegurado e facilitado.	BAIXA ALTA
	É recomendado o clampeamento tardio do cordão umbilical para o recém-nascido (RN) a termo e pré-termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial. Nos casos de mães isoimunizadas, ou portadoras de vírus HIV ou HTLV (vírus linfotrópicos de células T humanas), o clampeamento deve ser imediato.	ALTA

	É recomendado suporte adicional para a mulher que foi submetida à operação cesariana para ajudá-las a iniciar o aleitamento materno tão logo após o parto.	ALTA
Ligadura Tubária		
Ligadura Tubária	É recomendado que o modo de nascimento não seja determinado em função da realização da ligadura tubária.	Lei 9.263/1996

Fonte: BRASIL, 2016.

ANEXO C

Taxas de cesariana por região, sub-região e cobertura das estimativas

Table 1. Caesarean section rates by region and subregion and coverage of the estimates (figures in brackets represent coverage excluding data from China).

Region/subregion ^a	Births by caesarean section %	Range, minimum to maximum %	Coverage of estimates ^b %
Africa	3.5	0.4–15.4	83
Eastern Africa	2.3	0.6–7.4	93
Middle Africa	1.8	0.4–6.0	26
Northern Africa	7.6	3.5–11.4	84
Southern Africa	14.5	6.9–15.4	93
Western Africa	1.9	0.6–6.0	95
Asia	15.9	1.0–40.5	89 (65) ^c
Eastern Asia	40.5	27.4–40.5	90 (0.31) ^c
South-central Asia	5.8	1.0–10.8	93
South-eastern Asia	6.8	1.0–17.4	83
Western Asia	11.7	1.5–23.3	75
Europe	19.0	6.2–36.0	99
Eastern Europe	15.2	6.2–24.7	100
Northern Europe	20.1	14.9–23.3	100
Southern Europe	24.0	8.0–36.0	97
Western Europe	20.2	13.5–24.3	100
Latin America and the Caribbean	29.2	1.7–39.1	92
Caribbean	18.1	1.7–31.3	78
Central America	31.0	7.9–39.1	98
South America	29.3	12.9–36.7	90
Northern America	24.3	22.5–24.4	100
Oceania	14.9	4.7–21.9	92
Australia/New Zealand	21.6	20.4–21.9	100
Melanesia	4.9	4.7–7.1	87
Micronesia	na	na	0
Polynesia	na	na	0
World total	15.0	0.4–40.5	89 (74) ^c
More developed regions	21.1	6.2–36.0	90
Less developed countries	14.3	0.4–40.5	89 (72) ^c
Least developed countries	2.0	0.4–6.0	74

^aCountries categorised according to the UN classification. Countries with a population of less than 140 000 in 2000 are not included.

^bRefers to the proportion of livebirths for which nationally representative data were available.

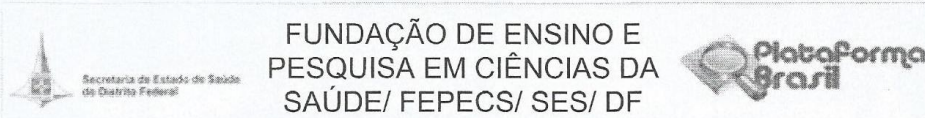
^cFigures in brackets represent coverage excluding data from China.

na, data not available.

Fonte: Betrán et al. (2007).

ANEXO D

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção das mulheres grávidas sobre parto e cesárea

Pesquisador: Luiza de Marilac Meireles Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64827317.4.3001.5553

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.028.975

Apresentação do Projeto:

Está é um TCC que será apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília/UnB como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva. Trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativo, cujas informações serão coletadas por meio de entrevista com, no mínimo, 15 mulheres gestantes, residentes há mais de um mês na área de abrangência do CS

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer os motivos que influenciam as mulheres gestantes, do Centro de Saúde de Ceilândia – DF, na preferência por parto ou cesárea, no primeiro semestre de 2017.

Objetivo Secundário:

- Delinear o perfil sócio-demográfico das mulheres gestantes, de acordo com a preferência por parto ou cesárea.
- Descrever a preferência por parto ou cesárea, das mulheres gestantes, conforme sua história reprodutiva anterior.
- Conhecer a percepção das mulheres gestantes sobre os aspectos positivos e negativos em relação ao parto e à cesárea.
- Saber das mulheres gestantes quais são os fatores influentes para a sua preferência pelo parto

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

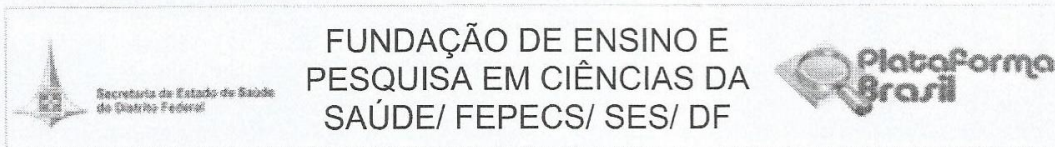
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.028.975

ou pela cesárea.

- Inteirar-se das próprias mulheres gestantes se indicariam parto ou cesárea, para outra mulher.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não serão aplicados procedimentos que levem a desconforto e riscos à saúde, por conseguinte considera-se a inexistência de danos às participantes. Se, por ventura, ocorrer constrangimento diante de alguma pergunta, a mulher entrevistada terá direito de se recusar a responder ou desistir de participar, sem nenhum prejuízo.

Benefícios:

Como benefícios desta pesquisa, visualiza-se que os resultados dessa investigação possibilitem a orientação de políticas públicas na área de saúde materna direcionada a educação em saúde, conforme o perfil de percepção das mulheres sobre parto e cesárea.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativo. A pesquisa acontecerá no Centro de Saúde de Ceilândia

Os dados sócio-demográficos serão coletados a partir da caderneta da gestante que será fotografada, havendo a permissão da mulher pesquisada. Será seguido um roteiro de entrevista semiestruturada (apêndice II), gravada sem identificação das participantes.

A entrevista conta com 21 questões que dispõem sobre idade, escolaridade, estado civil, número de gestações, experiências de partos e/ou cesáreas anteriores, planejamento, expectativas da gestação atual, fatores que influenciam a escolha por parto ou cesárea, opinião sobre a quem cabe a decisão pelo parto ou cesárea, bem como eventuais crenças e fatores que podem interferir nessa preferência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: 1. Projeto editável 2. TCLE 3. Cronograma – coleta de dados (10/4 a 10/5/2017) 4. Termo de anuência 5. Folha de rosto. 6. Currículo das pesquisadoras 7. Roteiro de entrevista semiestruturada.

Recomendações:

Recomendamos que a coleta de dados só inicie após aprovação deste CEP.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado da Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.028.975

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 24 de Abril de 2017

Assinado por:

Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com