



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JANAINA CARVALHO ANDRADE DOS SANTOS

**FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTANTE NA ESCOLHA PELA VIA DE
PARTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

CAJAZEIRAS – PARAÍBA

2016

JANAINA CARVALHO ANDRADE DOS SANTOS

FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTANTE NA ESCOLHA PELA VIA DE PARTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marilena Maria de Souza

CAJAZEIRAS – PARAÍBA

2016

S237f	<p data-bbox="454 987 837 1019">Santos, Janaina Carvalho Andrade dos.</p> <p data-bbox="430 1019 1141 1108">Fatores que influenciam a gestante na escolha pela via de parto em uma unidade básica de saúde / Janaina Carvalho Andrade dos Santos. - Cajazeiras, 2016.</p> <p data-bbox="486 1131 614 1198">67f. : il Bibliografia.</p> <p data-bbox="462 1243 965 1332">Orientadora: Profa. Dra. Marilena Maria de Souza. Monografia(Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.</p> <p data-bbox="470 1377 1157 1467">1. Parto. 2. Cesariana. 3. Parto normal. 4. Gravidez. 5. Cuidado pré-natal. I. Souza, Marilena Maria de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.</p> <p data-bbox="327 1534 486 1570">BS/CFP/UFCG</p> <p data-bbox="989 1534 1125 1570">CDU – 618.4</p>
-------	---

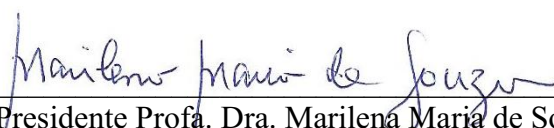
JANAINA CARVALHO ANDRADE DOS SANTOS

FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTANTE NA ESCOLHA PELA VIA DE PARTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE


Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 05/10/2016

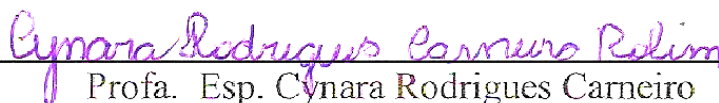
Banca Examinadora:



Presidente Profa. Dra. Marilena Maria de Sousa
Escola Técnica de Saúde/CFP/UFCG
Orientadora



Profª. Me. Profa. Cláudia Maria Fernandes
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Examinadora



Profª. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Examinadora

CAJAZEIRAS – PB

2016

A Deus, aquele que é digno de toda honra e toda glória.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, toda a minha gratidão a Deus, pois sei que sem cuidado que ele tem comigo eu jamais teria chegado até onde cheguei;

Ao meu filho amado por me compreender nos momentos em que eu não pude auxiliá-lo em função das minhas obrigações acadêmicas e ao meu marido por me compreender, me incentivar e me apoiar nas horas difíceis;

A minha família pelo apoio, em especial a minha mãe que mesmo estando longe se fez presente nos piores momentos e esteve do meu lado cuidando para que tudo desse certo;

Aos amigos e amigas que acompanharam minha trajetória acadêmica, me apoiaram e não me abandonaram, mesmo eu estando, por muitas vezes, ausente.

As amigas que ganhei no curso, Hozana, Gilvania e Francisca, e os amigos Tadeu e Ewerton, que me acompanharam em todos os momentos de ansiedade e descontração. Sem eles tudo seria mais difícil;

As minhas colegas de turma por me ajudarem e me ouvirem quando houve a necessidade. Com a ajuda de todos e as experiências compartilhadas, sem dúvida, minha formação não seria a mesma;

A todos os professores que contribuíram para a minha formação, em especial a professora Marilena Maria de Sousa, minha dedicada orientadora, pelas valiosas contribuições, pelo compromisso, disposição e disponibilidade na condução deste estudo. Pelo apoio, puxões de orelha e incentivo nas horas de desânimo.

MUITO OBRIGADA!

“Fizeste dele uma grande bênção para sempre lhe
deste a alegria da tua presença”.

(Salmos, 21:6)

SANTOS, J. C. A. S. **Fatores que influenciam a gestante na escolha pela via de parto em uma unidade básica de saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2016. 63 p.

RESUMO

A experiência da parturição significa um momento ímpar na vida da mulher marcado por transformações em seu novo papel de ser mãe. A mulher deve ser preparada para esse momento desde o início da gravidez, pois ao chegar o momento do parto deve ser capaz de escolher a via de parto mais conveniente, que melhor atende ao seu bebê e às possíveis complicações surgidas durante a gravidez. O parto fisiológico ou vaginal apresenta em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que torna a forma ideal de parir. Entretanto, há mulheres que sentem medo de parirem por via vaginal, por temerem as consequências que podem advir desta via de parto. Apesar dos esforços governamentais, seguindo o preconizado pela Organização Mundial da Saúde, as elevadas taxas de cesárea persistem e não sofrem impactos consideráveis. Neste sentido, esse estudo tem por objetivo verificar os fatores que influenciam a gestante na escolha pela via de parto. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa, que foi desenvolvido com gestantes em uma Unidade Básica de Saúde do município de Cajazeiras – PB. Os dados foram coletados no mês de agosto utilizando um formulário semiestruturado. Os dados das questões objetivas foram apresentados em tabelas e das questões subjetivas foram organizados e categorizados conforme a técnica de análise de Bardin e analisados à luz da literatura pertinente a temática. A pesquisa obedeceu aos princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Participaram da pesquisa 12 gestantes com faixa etária entre 18 e 39 anos, sendo metade com união estável 6 (50%), a maioria católica 8 (66,7%), e com ensino fundamental incompleto 4 (33,3%); renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, com consultas realizadas pela enfermeira e a médica 7 (58,3%), tendo como principal intercorrência gestacional infecção urinária 3 (25%); além de 5 (41,6%) serem secundigesta, 6 (50%) nulípara, e 7 (58,3%) não referirem ter abortado. Os resultados desta pesquisa revelaram que a maiorias das gestantes possuem conhecimento sobre as vias de parto. Referiram preferência pela cesariana, motivadas pelo medo da dor, sofrimento e desejo de uma laqueadura tubária. Receberam orientações dos profissionais de saúde sobre as vias de parto, revelando satisfação no atendimento. Sendo assim, é fundamental o apoio dos profissionais de saúde durante o período gestacional para subsidiar a escolha pela via de parto por meio da educação em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré-Natal; Parto

SANTOS, J. C. A. S. **Factors influencing the pregnant woman to choose the mode of delivery in a basic health unit.** Final Paper (Bachelor's degree in nursing) – Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2016. 63 p.

ABSTRACT

The experience of the parturition means a odd moment in the woman's life marked by transformations in her new role of mother. The woman need to be prepared to this moment from the beginning of the pregnancy, because in the moment of giving birth, it is important to be able choose the most viable way, that best suits your baby and the possible complications arising during pregnancy. The physiological birth or vaginal demonstrates in relation to caesarean, the series of disadvantages, making it the ideal way to give birth. However, there are womans who are afraid to give birth by vaginal way, because they fear the consequences that may arise from this type of delivery. Despite government efforts, following the recommendation of the World Health Organization, the high cesarean rates persist and do not suffer significant impacts. In this sense, this study aims to determine the factors that influence the pregnant woman in choosing the way of delivery. This is an exploratory and descriptive study with quantitative and qualitative approach, which was developed with pregnant women in a Basic Health Unit in the city of Cajazeiras – PB. Data were collected in August using a semi-structured form. The data of objective questions were presented in tables and subjective questions were organized and categorized according to Bardin analysis technique and analyzed in the light of the relevant literature the theme. The research followed the principles of the National Health Council Resolution 466/2012. The participants were 12 pregnant women aged 18 to 39 years, being half with an informal marriage 6 (50%), the Catholic majority 8 (66.7%), and with incomplete primary education 4 (33.3%), family income of 1 to 2 minimum wages, with consultations by the nurse and doctor 7 (58,3%), having as main complication gestational urinary infection 3 (25%); besides 5 (41,6%) are in their second pregnancy, 6 (50%) nulliparous, and 7 (58,3%) refer not have aborted. The results of this survey revealed that the majority of pregnant women have knowledge about the delivery methods. Refer preference for cesarean section, motivated by fear of pain, suffering and desire for a tubal ligation. They received guidance from health professionals on the delivery methods, revealing satisfaction service. Therefore, it is to essential the support from health professionals during pregnancy to support the choice of mode of delivery through health education.

Key words: Primary Health Care; Prenatal care; Parturition

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição conforme idade, estado civil e religião das participantes. Cajazeiras – PB, 2016.....	28
Tabela 2 – Distribuição conforme escolaridade, ocupação, principal fonte de renda e renda familiar das participantes. Cajazeiras – PB, 2016.....	29
Tabela 3 – Distribuição conforme a realização das consultas pré natais e intercorrências gestacionais das participantes. Cajazeiras – PB, 2016.....	30
Tabela 4 – Distribuição conforme a gestação, paridade e abortos das participantes. Cajazeiras – PB, 2016.....	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Análise de Conteúdo

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

SINASC – Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	15
2.1 GERAL	15
2.2 ESPECÍFICOS	15
3. REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO Á SAÚDE DA MULHER	16
3.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	17
3.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO	19
3.4 VIAS DE PARTO	21
3.4.1 Parto vaginal	21
3.4.2 Parto cesáreo	22
3.5 DECISÃO PELA VIA DE PARTO	23
4. METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	25
4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	25
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	25
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	26
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	30
5.2 DELINEANDO CATEGORIAS	34
CATEGORIA 1: PERCEPÇÃO DAS VIAS DE PARTO	34
CATEGORIA 2: ESCOLHA DA VIA DE PARTO	37
CATEGORIA 3: ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A VIA DE PARTO	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	51
APÊNDICE A – ENTREVISTA	52
APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	53
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	54

ANEXOS	55
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	56
ANEXO B – TERMO DE ANUÂNCIA.....	59
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	60

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), veio para fomentar o atendimento a mulher colocando-a como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, levando em conta todas as etapas da sua vida, além de colocar a contracepção incluída no contexto de saúde da mulher (BRASIL, 2011). O acompanhamento pré-natal é responsável pela saúde física e mental das mães e dos bebês, fazendo com que as dúvidas referentes à gestação e maternidade sejam esclarecidas (BRASIL, 2012). Neste sentido, é importante para a decisão da via de parto pela gestante uma maior aproximação com o profissional, garantindo uma atenção integral e de qualidade à mulher, esclarecendo suas dúvidas e anseios no que diz respeito aos aspectos da gestação, parto e puerpério (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

A experiência da parturição sempre representou um evento importante na vida das mulheres, considerado um momento único e especial, marcado por transformações da mulher em seu novo papel de ser mãe. A gestação, o parto e o puerpério representam uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial, positiva e enriquecedora para todos os que dela participam (VELHO, 2012).

A gestante deve saber que a melhor via de parto é aquela mais adequada às condições de sua gravidez, ou seja, é a que melhor atende ao seu bebê e às possíveis complicações surgidas durante a gravidez. De maneira geral, o parto fisiológico ou vaginal reúne, em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de parir. Além disso, é natural, tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida (BRASIL, 2012).

Segundo Angulo-Tuesta (2003), há mulheres que sentem medo de parirem por via vaginal, por temerem as consequências que podem advir desta via de parto. Este anseio pode ser multiplicado pelo desconhecimento ou mesma ausência de diálogo com os profissionais de saúde que as acompanham no pré-natal, pelo não esclarecimento das dúvidas em relação ao momento e ao tipo de parto.

A partir da década de 1990, constatam-se iniciativas governamentais que objetivam a redução das altas taxas de cesárea e a qualificação do conjunto da assistência perinatal. As Portarias nº. 2.816 de 29 de maio de 1998 e nº. 466 de 14 de junho de 2000 instituem um percentual máximo de cesáreas no Sistema Único de Saúde (SUS), por hospital e para cada estado federativo, respectivamente; introduz-se o pagamento de analgesia para parto normal e

recomenda-se a inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao pré-natal e ao parto de baixo risco obstétrico (ANGULO-TUESTA, 2003). A criação do Prêmio Galba de Araújo, a regulamentação da Lei de Planejamento Familiar que impacta na nociva associação “cesárea-laqueadura” e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (GAMA, 2014). Além da PNAISM, o Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Entretanto, é considerável o número de partos cesarianos no Brasil. No ano de 2014 houve 2.979.259 nascidos vivos, destes 1.697.954 de partos cesáreas enquanto que os partos vaginais foram 1.277.175 (BRASIL, 2014). Esses dados ilustram que, apesar dos esforços governamentais, seguindo o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as elevadas taxas de cesárea persistem e não sofrem impactos consideráveis.

Em uma pesquisa intitulada “Vias de parto e suas incidências em uma maternidade da Paraíba” realizada na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo na cidade de Cajazeiras- PB, constatou-se que dos 1656 partos realizados ano de 2014, apenas 650 foram por via vaginal (VÉRAS et. al., 2015), superando o índice de 15% do total de nascidos vivos de cada instituição, recomendado pela OMS.

Partindo-se dessas reflexões, surgiu como questionamento do estudo: Quais fatores que influenciam a decisão pela via de parto nas gestantes atendidas na Unidade de Saúde Bela Vista localizada no município de Cajazeiras- PB? Respondendo a esta questão pode-se verificar, os motivos que levam a escolha pela via de parto, se recebem as informações fundamentais para que vivenciem com segurança e autodeterminação a escolha do parto.

O que torna este estudo relevante é a realização de poucas pesquisas a respeito dos fatores determinantes que levam as gestantes a optarem pela via de parto, embora seja um tema atual. Almeja-se que novos estudos sejam realizados e que a discussão seja estendida principalmente com os profissionais de saúde, com intuito de aprimorar o atendimento e as condições que levam uma mulher a escolher conscientemente a via de parto.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Verificar os fatores que influenciam a gestante na escolha pela via de parto em uma Unidade Básica de Saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Averiguar a percepção das gestantes sobre cada via de parto;
- Identificar qual o motivo da escolha pela via de parto pelas gestantes;
- Verificar se os profissionais da UBS estão prestando orientações sobre as vias de parto.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a política de saúde pública está consolidada, desde a Constituição Federal de 1988 no SUS tendo como princípios a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e a integralidade da atenção, operacionalizando-se pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade (BRASIL, 1990).

As políticas para promoção deste acesso devem ser construídas e implementadas por meio da gestão descentralizada nas três esferas de gestão e com a participação da comunidade em todas as etapas. Esta participação é fundamental para que as necessidades de saúde da população sejam respondidas. Há que se reconhecer a existência de importantes níveis de desigualdade na sociedade brasileira, faz com que as condições de acesso de diferentes segmentos da população aos bens e serviços de saúde sejam desiguais (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e familiares (BRASIL, 2004).

Esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. Por outro lado, definidas pelo nível central, não levaram em consideração as necessidades de saúde das populações locais, resultando em fragmentação da assistência (COSTA, 2000) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

Na década de 80, por sua vez, no auge do movimento feminista brasileiro, os programas iniciais destinados à saúde mulher foram fortemente criticados, uma vez que a mulher tinha acesso apenas a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na

agenda política nacional questões até então renegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (BRASIL, 2011).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS), acatando as reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM). Neste momento, houve uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade. Incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, na doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Em 1986, ocorreu no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se constituiu no paradigma de mudança do modelo de atenção a saúde, voltado para a complexidade do processo saúde-doença: ampliação da atenção a saúde e qualidade do do atendimento e estímulo à participação social, desenvolvendo na mulheres a percepção de que são sujeitos responsáveis pela própria saúde (BRASIL, 1986).

No ano de 2011, o MS em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais, elabora o documento com a 2ª reimpressão do PNAISM que traz uma série de diretrizes e objetivos gerais e específicos tais como: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileira, mediante a garantia de direitos legalmente constituído e ampliação do acesso a promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2011).

3.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido ganhou maior enfoque no Brasil por meio do PAISM e da PNAISM, no entanto, apesar do governo brasileiro ter definido o a atenção a saúde da mulher como prioridade, nos anos 90 o país ainda permanecia com muitas

questões a serem enfrentadas. Para ampliar a melhoria do atendimento a mulher o MS definiu três linhas principais de ações, projetos específicos: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

De acordo com o MS, o acompanhamento pré-natal tem por objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, além de abordar aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas, devendo ser acompanhado por toda a equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo o enfermeiro responsável pela maioria das consultas, alternadamente com o auxílio do médico da unidade (BRASIL, 2012).

Ainda segundo o MS, os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos com seu início precoce de fundamental importância para a adequada assistência, no entanto o número de número ideal de consultas permanece controverso. O qual devem acontecer pelo menos uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. O parto deve acontecer por volta das 41 semanas, sendo necessário encaminhamento para avaliação de bem-estar fetal se isso não ocorrer, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2012).

Durante a primeira consulta (primeiro trimestre) serão solicitados os seguintes exames: Hemograma completo; Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Sorologia para hepatite B (HBsAg) e Anti-HBs; Toxoplasmose IgM e IgG; Citomegalovírus IgM e IgG; Ultrassonografia obstétrica; Parasitológico de fezes; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (caso seja Rh negativo); Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Sorologia para hepatite C; Rubéola IgM e IgG; Sumário de urina e urocultura (se necessário); Citopatológico de colo de útero (ectocérvice) (BRASIL, 2012).

Já no segundo e terceiro trimestres são solicitados novamente os seguintes exames: Hemograma completo; Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Sorologia para hepatite B (HBsAg); Toxoplasmose IgM e IgG; Citomegalovírus IgM e IgG; Ultrassonografia obstétrica; Parasitológico de fezes; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Sorologia para hepatite C; Rubéola IgM e IgG; Sumário de urina e urocultura (se necessário) (BRASIL, 2012).

O Caderno de Atenção ao pré-natal de baixo risco do MS, lançado 2012 ainda estabelece os dez passos para um pré-natal de qualidade na Atenção básica (AB), são estes:

- 1º: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce);
- 2º: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;
- 3º: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal;
- 4º: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes";
- 5º: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário;
- 6º: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)";
- 7º: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário;
- 8º: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto";
- 9º: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação);
- 10º: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. Seguindo essa linha de raciocínio o pré-natal só termina após a consulta puerperal (BRASIL, 2012).

3.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO

Na década de 1990 o Hospital Sofia Feldman em Minas Gerais foi o pioneiro a instituir o projeto “Doulas comunitária” onde 14 mulheres voluntárias da região foram selecionadas para acompanharem parturientes (LEÃO; OLIVEIRA, 2006).

Segundo Leão e Bastos (2001), Doula é uma mulher sem experiência técnica na área de saúde, que presta assistência a mãe o o bebê nos cuidados intra e pós parto. Seu papel é orientar, segurar a mão da mulher, respirar com ela, sorrir para ela, prover encorajamento e tranquilidade. Para atuarem como Doulas é necessário um certificado que é obtido através de

uma capacitação oferecida por uma entidade reconhecida, após isso a candidata é avaliada por mães, enfermeiros e equipe. Atualmente no Brasil essa capacitação é oferecida em vários locais, à exemplo, a entidade Doulas do Brasil – São Paulo – e Associação Nacional de Doulas – Brasília.

Em 1998 o MS criou o prêmio Professor Galba de Araújo através da Portaria N° 2883, de 4 de junho de 1998 como uma maneira de reconhecer e e premiar as unidades de saúde, integradas à rede SUS, de maior destaque nas áreas de atendimento humanizado à mulher e ao recém-nascidos, estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno. Este prêmio é sinônimo de qualidade e eficiência no atendimento às gestantes.

Com o objetivo de melhorar a assistência obstétrica, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, elaborou um plano em três etapas:

- Primeira: aumentou a remuneração ao parto normal, instaurou um limite para pagamento de partos cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998), além de incluir remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica.
- Segunda: foi estabelecido o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998), com o objetivo de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico.
- Terceira: estava voltada, principalmente, para a atenção ao pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção. O objetivo dessas ações era a necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, tendo como base para isso a humanização (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

No ano 2000, o MS considerando a tendência de queda na realização de cesarianas em todo país sancionou, junto ao presidente Fernando Henrique Cardoso, a Portaria N° 466, de 14 de junho de 2000, que diz respeito a que estabelecem limites percentuais máximos de cesarianas, em relação ao número total de partos realizados por hospital em todo território nacional podendo variar de hospital para hospital, respeitando a complexidade de cada caso para assim justificarem no estabelecimento o limites mais elevados que a média fixada para o

conjunto do estado, sendo que na Paraíba essa taxa é de 27% de todos os parto realizados anualmente (Brasil, 2000).

Anualmente no Brasil acontecem cerca de 3 milhões de nascimentos, e cerca de 98% deles acontecem em ambiente hospitalar, sejam esses públicos ou privados. O nascimento no âmbito hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu bebê, esse fato faz com que haja uma melhoria nos indicadores de morbimortalidade materna e perinatais, no entanto, o que deveria ser algo natural e fisiológico, tem sido tratado como tratado como “doença”, pois a mãe e o recém nascido são expostos a altas taxas de intervenções tais estas como a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, aspiração naso-faringeana, além de outras (BRASIL, 2016).

De acordo com o MS intervenções deveriam ser utilizadas de forma cautelosa e apenas em caso de necessidade, porém as mesmas vêm se tornando rotina no serviço desconsiderando o os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, muitas vezes esquecendo que a assistência a nascimento vai além do processo de adoecer e morrer. A consequência disso, muitas das vezes, são sequelas psicológicas que essas mulheres levaram para o resto de suas vidas (BRASIL, 2016).

3.4 VIAS DE PARTO

3.4.1 Parto vaginal

O parto vaginal, normal ou fisiológico trata-se de um fator fisiológico, no entanto a rotina para os partos vaginais nos hospitais do Brasil vão contra ao que é recomendado pela OMS. Ao adentrarem no serviço em trabalho de parto, a primeira conduta é puncionar as veias da mulher para a introdução de soro, com o objetivo de hidratar e alimentar, já que estas mulheres são impedidas de beber ou comer, e posteriormente para introdução de medicamentos ou da ocitocina sintética para a indução do parto. Após isso, é realizado o exame de toque para avaliar o andamento do parto, repetindo-se a cada hora, a bolsa amniótica é estourada manualmente e são realizadas massagens para ajudar na distensão do períneo. Quando esta mulher se encontra no período expulsivo, colocam-na em posição de ginecológica e a orientam a fazer força continuamente, é então realizada a episiotomia, assim que a cabeça do bebê se apresenta, este então é puxado e levado para longe da mãe para ser aspirado e limpo (UNASUS, 2016).

Segundo a OMS essas condutas estão longe de ser aceitáveis, pois não possuem evidências científicas e ainda coloca varias condutas claramente úteis para o parto normal contrárias ao que foi descrito acima, são algumas delas:

- Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento;
- Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Não utilizar métodos invasivos nem farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim massagem e técnicas de relaxamento; estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto;
- Utilizar ocitocina (hormônio que provoca as contrações do útero) profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue;
- Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno;
- Dentre varias outras condutas que não contribuem para o trabalho de parto de maneira natural e fisiológica (UNASUS, 2016).

3.4.2 Parto cesáreo

O parto cesáreo ou cirúrgico surgiu como uma forma de melhorar o atendimento a mulheres que não poderiam realizar o parto sem dor e com o passar do tempo a técnica foi aprimorada com novas técnicas cirúrgicas, anestesia, assepsia, antibiótico e terapia. Nesse sentido o parto cesáreo veio a diminuir as altas taxas de mortalidade e sequelas neonatais e maternas, principalmente nos casos advindos de partos distócicos (WEIDLE, 2014). No entanto, há um crescente aumento de cesarianas em todas as regiões do país segundo o sistema de informação sobre nascidos vivos do sus (SINASC), no ano de 2014 em todo Brasil houveram 2.979.259 nascimento em todas as regiões do brasil, destes 1.697.954 nasceram de partos cesáreas enquanto que os parto vaginais 1.277.175. (BRASIL, 2016).

O fato torna-se preocupante pois nem sempre estas cesarianas possuem indicações absolutas (desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, morte

materna com feto vivo) ou relativas (feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrossomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto, psicopatia) que justifiquem esta conduta (BRASIL, 2012).

3.5 DECISÃO PELA VIA DE PARTO

A escolha pela via de parto pode variar no decorrer da gestação, os motivos que podem levar a gestante a escolher determinada via são variados, dentre eles estão a influência do profissional que acompanha a gestação ou posteriormente o parto, a influência de familiares, amigos ou dos meios de comunicação (JUNIOR; BONAMIGO, 2013).

Das possíveis complicações advindas da gestação e do trabalho de parto, tais estas como alterações placentárias (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia etc.), sofrimento fetal agudo confirmado e intratável, apresentação anômala (transversa ou pélvica), desproporção céfalo-pélvica, distocia funcional, hipertensão arterial caracterizando uma emergência; em suma, doença materna ou fetal que não permita contração uterina eficaz (TEDESCO et al., 2004).

No entanto, estes não são os únicos fatores que influenciam nessa decisão, existem ainda fatores psicológicos e sociais, como medo relacionado a dor, ao parto e ao dano corpo ou ao recém-nascido, ansiedade, angústia, questões pessoais e padrão social (BENUTE, 2013).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem quanti-qualitativa. O estudo exploratório segundo (GIL, 2010) proporciona maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais nítido. Seu principal objetivo é descrever ou caracterizar a natureza das variáveis que se quer conhecer. Para Koche (2011) o estudo descritivo estuda as relações entre duas variáveis de um dado fenômeno sem manipula-las.

Marconi e Lakatos (2010) refere que a abordagem quantitativa é caracterizada pelo emprego de quantificação tanto das modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas desde as mais simples como percentual, media desvio padrão as mais complexas como coeficiente de relação, análise de regressão etc.

A abordagem qualitativa, por sua vez, procura analisar e interpretar aspectos profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, favorecendo análise detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Bela Vista, situada na Rua João Alexandre da Silva no bairro Bela Vista, localizado no município de Cajazeiras, na região oeste do estado da Paraíba, à aproximadamente 468 quilômetros da capital estadual, João Pessoa. Este município possui vinte e quatro UBSs na zona urbana e rural.

A escolha deste serviço de atenção primária para realização da pesquisa se deve ao fato da mesma ser a porta de entrada principal das redes de atenção à saúde, e na qual a pesquisadora realizou o Estágio Supervisionado durante seis meses, uma vez que já foi estabelecida uma relação de confiança com os profissionais que ali atuam.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população ou universo de dados é o conjunto de seres animados ou inanimados que possui uma ou mais características em comum (LAKATOS; MARCONI, 2010). A população deste estudo foi composta por 20 gestantes cadastradas que realizavam a assistência pré-natal na Unidades Básica de Saúde Bela Vista do município de Cajazeiras-PB.

A amostra é um subconjunto convenientemente coletado da população, tal qual é vista como a mais significativa (LAKATOS; MARCONI, 2010). A amostra foi formada por 12 gestantes que concordaram em participar do estudo e que preencheram os pré requisitos de inclusão e exclusão. é importante frisar que após o primeiro levantamento de dados verificou-se que 6 tinham menos de 3 consultas pré-natais, 1 mudou de endereço, 1 não aceitou participar da pesquisa, sendo possível na participação do estudo 12 gestantes.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão gestantes que realizaram no mínimo três consultas pré-natais, com idades igual ou superior a 18 anos, independente do número de partos anteriores e acompanhamento pelo programa pré-natal do serviço de saúde em questão, que consentiram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (ANEXO A).

Foram excluídas do estudo, as gestantes que no período da coleta não se encontrarem na cidade de Cajazeiras- PB; que foram procuradas por três visitas consecutivas e não foram encontradas; ou que, por algum motivo, não pôde realizar a entrevista.

4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi elaborado um formulário semiestruturado (APÊNDICE A) contendo questões objetivas com dados da caracterização sócio-demográfica e questões subjetivas com os dados de identificação de fatores que levaram as gestantes escolher a via de parto que foi aplicado por meio de entrevista individualizada, objetivando obter informações pelas falas das gestantes participantes que guiou a análise e discussão da pesquisa.

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CFP/UFCG, sob o número do parecer 1.642. 781, a coleta de dados foi realizada do dia 1º a 31 de agosto de 2016 e teve início com o levantamento nos prontuários das gestantes que estavam realizando o pré-natal. Em seguida, as visitas domiciliares, informando sobre os objetivos do estudo, leitura e assinatura do TCLE (ANEXO). Durante a entrevista, seguindo o roteiro citado anteriormente, foi feito o registro da informações prestadas pelas gestantes.

A coleta foi realizada, diretamente, com as gestantes, nas residências, nos turnos da manhã e da tarde, de acordo com a disponibilidade de cada participante do estudo, pois neste ambiente a mesma se encontra mais a vontade. Foi limitado o número de três visitas para a realização da mesma e excluído do estudo o participante que, por algum motivo, não pôde realizar a entrevista.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada de acordo com as questões abordadas na entrevista, as questões objetivas, foram analisadas quantitativamente e os dados obtidos foram agrupados e representados por meio de tabelas com frequência e percentual. Os dados obtidos foram analisados, de forma descritiva, recorrendo à literatura pertinente.

Os dados qualitativos, que revelaram a visão dos participantes, foram trabalhados por meio da análise de conteúdo (AC), desenvolvida por Laurence Bardin (2011).

Segundo Caregnato e Mutti (2006), a AC é uma técnica de pesquisa que visa compreender o pensamento do sujeito, por meio do conteúdo expresso no texto, em concepção transparente de linguagem. “Na AC o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca a categorização das unidades do texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem” (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 682). Após a transcrição das entrevistas, foram visualizadas as falas e em seguida, agrupadas em categorias de análise (método de análise por categorias temáticas)

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Inicialmente este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CFP/UFMG situado à Rua Sergio Moreira de Figueiredo s/n/ - Casas Populares-Cajazeiras – PB. Após aprovação esta pesquisa seguiu as exigências éticas e científicas da Resolução 466/12, assegurando aos participantes, sigilo e privacidade das informações que foram coletadas, firmando o compromisso de utilizar essas informações para fins científicos e acadêmicos (BRASIL, 2012b).

Considerando, que os sujeitos devem ter a escolha de participar ou não da pesquisa, assim como a desistência a qualquer momento, tendo os participantes a consciência da sua participação e do intuito da pesquisa, através do TCLE (ANEXO) (BRASIL, 2012), que foi apresentado aos participantes, esclarecendo o objetivo da pesquisa, e a necessidade e importância de sua assinatura.

Segundo Van, (2001), risco é o reconhecimento da presença de uma chance do evento ocorrer, mas com ausência de intencionalidade. E de acordo com a resolução 466/12, é considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolva riscos. Desta forma, é reconhecido nesta pesquisa que a mesma traz riscos de constrangimento, estresse emocional, omissão de respostas relacionado ao sentimento de intimidação pela entrevista.

Foi garantido o total anonimato dos sujeitos e utilizados pseudônimos (G1, G2, G3...) para caracterizar cada participante e suas respostas, assim como falas, além de assegurar proteção e confidencialidade das informações colhidas no trabalho. A pesquisa foi realizada com maior privacidade possível alcançada, assim como a tentativa de amenizar o desconforto causado pela mesma ao sujeito, colocando um discurso informal e curto afim de não invadir o particular do mesmo.

Os benefícios da pesquisa favorecem tanto os pesquisadores como os sujeitos, no qual os participantes da mesma terão um conhecimento a mais sobre o assunto, além do resultado alcançado da pesquisa. Para a sociedade esta pesquisa pôde contribuir para desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenção.

Os riscos para os participantes da pesquisa foram identificados e reconhecidos, assim como minimizados e aceitáveis em relação aos benefícios antecipado.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta etapa serão expostos os resultados divididos em dois momentos. Primeiramente a análise quantitativa dos dados, através de tabelas com o perfil sócio demográfico das participantes, em seguida a análise qualitativa onde os dados serão apresentados por categorias após a transcrição, organização, interpretação e leitura exaustiva do conteúdo decorrente das entrevistas.

5.2 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Tabela 1 – Distribuição conforme idade, estado civil e religião das participantes. Cajazeiras – PB, 2016.

Variáveis	Mínimo	Média ± desvio padrão	Máximo
Idade	18	28,08 ± 8,306	39
Total	12		
Estado civil	Frequência	%	
Casada	4	33,3	
Divorciada	1	8,3	
União estável	6	50	
Viúva	1	8,3	
Total	12	100	
Religião			
Católica	8	66,7	
Evangélica	4	33,3	
Total	12	100	

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Conforme dados apresentados na tabela 1 à idade das participantes foi entre 18 a 39 anos, a média de 28,08 (\pm 8,306) anos. Atualmente no Brasil tem se observado um aumento na frequência de gravidez em mulheres acima de 35 anos e redução em mulheres de 20 anos. Esse fato pode estar associado ao melhor nível socioeconômico, maior nível educacional, adiamento do casamento e menor paridade (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Em relação ao estado civil pudemos observar que 4 (33,3%) mulheres são casadas, 1 (8,3%) é divorciada, 6 (50%) vivem em união estável e 1 (8,3%) é viúva. Para Rocha et. al (2014), o fato da gestante contar com um parceiro contribui positivamente para o enfrentamento de sentimentos vivenciados pela mulher nesse momento tão delicado, além

disso a participação do ativa parceiro é fundamental para que a gravidez transcorra sem maiores intercorrências.

Já em relação à religião 8 (66,7%) mulheres referem ser católicas e 4 (33,3%) evangélicas. Segundo Rocha (2014), em seu estudo “Significados nas representações de mulheres que engravidaram após os 35 anos de idade” a religiosidade deve ser incentivada, valorizada e respeitada desde a primeira consulta pré-natal, pois muitas dessas mulheres consideram a gravidez como uma bênção divina, sendo assim, independente das vontade do homem, relacionando a gravidez a algo bom, estando associado à satisfação das mulheres com o período gestacional e com o forte sentimento de resignação e devoção religiosa.

Tabela 2 – Distribuição conforme escolaridade, ocupação, principal fonte de renda e renda familiar das participantes. Cajazeiras – PB, 2016.

Variável	Frequência	%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	4	33,3
Ensino Fundamental completo	1	8,3
Ensino Médio incompleto	1	8,3
Ensino Médio completo	3	25
Ensino Superior incompleto	2	16,7
Ensino Superior Completo	1	8,3
Total	12	100
Renda familiar (Salários mínimos)		
Entre 1 e 2	7	58,3
Entre 2 e 3	2	16,7
Entre 4 e 5	1	8,3
Mais de 5	2	16,7
Total	12	100

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Nota: o salário mínimo vigente no país no momento da coleta de dados era R\$ 880,00.

Em relação à escolaridade a tabela 1 mostra que 4 (33,3%) gestantes referem ter o ensino fundamental incompleto, 1 (8,3%) o ensino fundamental completo, 1 (8,3%) o ensino médio incompleto, 3 (25%) o ensino médio completo, 2 (16,7%) ensino superior incompleto e 1 (8,3%) ensino superior completo. Em sua pesquisa “Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário” Iorra et al. (2011), sugerem que exista uma associação positiva entre escolaridade materna e parto fisiológico, pois estas mulheres teriam uma melhor compreensão das informações sobre os benefícios desta via de parto contrapondo

o que dizem a nossa pesquisa onde a maioria das mulheres referem a preferencia pela cesariana independente da escolaridade.

A respeito da renda familiar 7 (58,3%) gestantes referem obter mensalmente em torno de 1 e 2 salários mínimos, 2 (16,7%) de 2 a 3, 1 (8,3%) de 4 a 5 e 2 (16,7%) acima de 5. Atualmente vários estudos descrevem a relação da renda familiar e a preferencia pela via de parto, a exemplo Mandarino et. al. (2009), coloca “que mulheres socioeconomicamente menos favorecidas e, conseqüentemente, com maior risco de complicações no parto, tenham menor probabilidade de cesariana do que aquelas com baixo risco obstétrico e maior poder aquisitivo”.

Tabela 3 – Distribuição conforme a realização das consultas pré natais e intercorrências gestacionais das participantes. Cajazeiras – PB, 2016.

Variável	Mínimo	Média ± desvio padrão	Máximo
Início das consultas pré natais (semanas)	4	9,33 ± 3,172	16
Quem realiza a suas consultas pré-natais	Frequência	%	
Enfermeira da ESF	2	16,7	
Enfermeira e a médica da ESF	10	83,3	
Total	12	100	
Intercorrências gestacionais	Frequência	%	Porcentam dos casos
Cálculos renais	1	8,3	14,3%
Incopecencia cervical	1	8,3	14,3%
Hipertensão arterial gestacional	2	16,7	28,6%
Infecção por Zika Vírus	2	16,7	28,6%
Infecção urinária	3	25	42,9%
Picos hipertensivos	1	8,3	14,3%
Sangramentos	2	16,7	28,6%
Total	12	100	171,4%

Fonte: Pesquisa direta, 2016

Nota: Em relação à variável “intercorrências gestacionais”, a mesma gestante pode ter tido mais de uma intercorrência e com isso alterando o percentual final.

A respeito do início do pré-natal a tabela 3 mostra que as gestantes iniciaram as consultas de 4 a 16 semanas de gestação com média de 9,33 ($\pm 3,172$) semanas. Das gestantes,

10 (83,3%) realizaram suas consultas com médica e a enfermeira da UBS e 2 (16,7%) só realizaram com a enfermeira.

O caderno de Atenção ao pré-natal de baixo risco do MS (2012), reforça a importância do pré-natal ser iniciado o mais precocemente possível, ou seja, no primeiro trimestre, pois seu principal objetivo é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Segundo o MS (2012), o calendário de consultas deve ser regular e todas as consultas devem ser preenchidas tanto no Cartão da Gestante quanto na Ficha de Pré-Natal. A gestante deve realizar no mínimo, 6 consultas e o acompanhamento deve ser intercalado entre médico e enfermeiro, como pudemos observar na tabela 3. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: até 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A frequência de consultas também está relacionado às possíveis complicações da gestação. Na tabela 3 observamos que a maioria das intercorrências gestacionais esteve relacionada à hipertensão arterial gestacional 2 (16,7%) gestantes, infecções por vírus Zika 2 (16,7%), infecções das vias urinárias 3 (25%), cálculo renal, 1 (8,3%), sangramentos 2 (16,7%) e cerclagem 1 (8,3%), por motivos não especificados.

Sabe-se que atualmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tornou-se um problema de saúde pública e sua prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. Neste sentido, a HA gestacional encontra-se associada à primeira causa de morte materna por pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP, no Brasil (37%), sendo a proporção maior nas regiões Norte e Nordeste em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Dentre as principais complicações da HA gestacional estão lesões em órgãos alvos como coração e rins, risco de deslocamento prematuro de placenta edema agudo de pulmão, encefalopatia hipertensiva, hemorragia cerebral, insuficiência renal, além de prematuridade e baixo peso ao nascer (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Desde o ano de 2015, o Brasil vem enfrentando epidemia de vírus Zika, neste mesmo ano MS lançou “Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika” com o objetivo de nortear os profissionais da atenção em saúde por meio de orientações e diretrizes para as ações de prevenção da infecção pelo vírus Zika em mulheres em idade fértil e gestantes e ainda para a atenção na assistência ao pré

natal parto e nascimento e para a assistência aos nascidos com microcefalia, em todo o território nacional. Pesquisas mostram que houve um aumento substancial de casos de microcefalia relacionado à infecção pelo vírus Zika sendo papel dos profissionais da atenção básica intensificarem as orientações com o objetivo de identificar precocemente condições que tornam vulnerável a saúde da mulher e da criança e aprimorar o vínculo de confiança entre si e a gestante (BRASIL, 2015).

Durante período gestacional a mulher esta mais propensa a desenvolver infecções no trato geniturinário assintomático, esse fato esta relacionado às mudanças fisiológicas e anatômicas que ocorrem durante esse período, sendo a dilatação das pelves renais e ureteres um dos principais fatores, associado à redução da capacidade antibacteriana reduzida da urina. As principais complicações perinatais associadas à infecção do trato geniturinário são: o trabalho de parto pré-termo, recém-nascidos de baixo peso, rotura prematura das membranas, restrição de crescimento intrauterino, paralisia cerebral ou retardo mental na infância, além do óbito perinatal (FIGUEIRÓ-FILHO et. al., 2009). Outra afecção relacionada à dilatação das pelves renais e ureteres provocando uma hidronefrose “fisiológica” que aumenta a estase urinária e atua como um grande fator de risco para a ocorrência de nefrolitíase, bem como de infecções urinárias (KORKES; RAUEN; HEILBERG, 2014).

Na tabela 3 podemos observar que 2 (16,7%) gestantes apresentaram algum tipo de sangramento, porém as mesmas não relataram o motivo de tal ocorrência. Segundo o MS, entre 10 a 15% das gestações apresentam hemorragias. Esse fato pode representar alguma complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico e as mais importantes síndromes hemorragias gestacionais são: primeira metade da gestação: abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme), descolamento corioamniótico; segunda metade da gestação: placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina, vasa prévia (BRASIL, 2015). Outros fatores que podem estar relacionados ao sangramento vaginal durante a gestação são: cervicites, pólipos endocervicais, ectrópio, câncer de colo uterino, trauma vaginal e o sangramento do colo durante o trabalho de parto na segunda metade da gestação (BRASIL, 2012).

A cerclagem uterina trata-se de um procedimento utilizado quando a cérvix uterina não exerce, durante o período gestacional, a função de contenção do conteúdo até o termo, a isto dar-se o nome de incompetência cervical e suas causas estão relacionadas: à disfunção cervical onde ocorrem esvaecimento e dilatação assintomáticos e precoces do colo e a distócia

da anatomia cervical, devido a doenças malformativas adquiridas ou congênitas. A realização do procedimento de cerclagem faz-se importante, pois a incompetência cervical é responsável perdas gestacionais tardias (abortos de segundo trimestre) e prematuridade extrema, nesse sentido fica clara a necessidade de identificação dos fatores de risco de parto prematuro, para a adoção da mesma como conduta preventiva (BARRA et. al., 2007).

Tabela 4 – Distribuição conforme a gestação, paridade e abortos das participantes. Cajazeiras – PB, 2016.

Variável	Frequência	%
Número de gestações		
Primigesta	3	25
Secundigesta	5	41,6
Tercigesta	2	16,7
Quintigesta	2	16,7
Total	12	100
Paridade		
Nulípara	6	50
Primípara	4	33,3
Multípara	2	16,7
Total	12	100
Abortos		
0	7	58,3
1	4	33,3
2	1	8,3
Total	12	100

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Com relação ao número de gestações 3 (25%) mulheres referiram ser primigesta, enquanto 5 (41,7%) afirmaram secundigesta, 2 (16,7%) tercigesta e 2 (16,7%) quintigesta. Já em relação à paridade 6 (50%) afirmaram ser nulíparas, 4 (33,3%) primíparas, 2 (16,7%) multíparas. Quanto ao aborto 7 (58,3%) mulheres afirmaram nunca terem abortado, 4 (33,3%) 1 vez e 1 (8,3%) 2 vezes.

A taxa de fecundidade ao longo da história da humanidade era alta para compensar a taxa de mortalidade, no entanto a taxa de mortalidade começou a declinar com a melhoria das condições de alimentação, o avanço nos conhecimentos médicos e a melhoria nas condições sanitárias. A partir disso, as famílias começaram o número de filhos conforme acontecia o aumento dos filhos sobreviventes. Além disso, as novas condições socioeconômicas fizeram

com que os custos da criação dos filhos aumentassem ao passo em que diminuía os benefícios para seus genitores (ALVES, 1994).

A transição da fecundidade no Brasil tem sido alavancada por alguns determinantes socioeconômicos bastante relevantes como: a educação, a urbanização e o acesso a meios de comunicação de massa, além do fortalecimento de políticas contraceptivas que se destaca no processo dessa queda. O Brasil é um dos países latino americanos de maior prevalência contraceptiva caracterizando-se por um padrão baseado no uso da pílula e na esterilização por laqueadura de trompas (CEDEPLAR, 2014).

5.3 DELINEANDO CATEGORIAS

Por meio de uma leitura construtiva e exaustiva da transcrição das entrevistas realizadas, foram extraídas três categorias sendo, a Categoria 1: Percepção das vias de parto; Categoria 2: Escolha da via de parto ; Categoria 3: Orientações recebidas dos profissionais da saúde sobre a via de parto.

CATEGORIA 1: PERCEPÇÃO DAS VIAS DE PARTO

O parto normal, fisiológico ou espontâneo, trata-se daquele que não houve a necessidade de utilizar recursos como: fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ser realizadas intervenções baseadas em evidências, em situações apropriadas, para facilitar a sua evolução, tais como: estimulação com ocitocina, ruptura artificial de membranas, alívio farmacológico da dor (peridural, opióides, óxido nitroso), alívio não farmacológico da dor, manejo ativo do terceiro período (BRASIL, 2016).

A operação cesariana trata-se de uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves com o objetivo de retirar o concepto do útero através de uma incisão na parede abdominal e que quando realizada por razões médicas é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2016).

A presente categoria procura investigar se as gestantes tem conhecimento sobre, cada via de parto. Durante as entrevistas 4 (33,3%), participantes referiram ter adquirido conhecimento em relação às vias de parto após terem acessado vídeos na internet com o objetivo de se prepararem para o evento que esta por vir, comprovados pelos discursos a seguir:

“Eu acho que sei como acontece o parto normal, eu vejo em alguns vídeos, bem, mais ou menos eu sei. Começa pelas dores, dilatação, aí a mulher faz até uns exercícios e tudo pra ajudar e só” (G2).

“Sei, já vi vídeos sobre o parto. A mulher vem sentido as contrações, depois vai fazer o toque para saber com quantos centímetros, se estiver dilatado bem, vai para o parto normal, se não tem que esperar pra ver se vai dilatar, se não vai pra cirurgia” (G4).

“Eu vi pela internet vídeos sobre o parto, sente as dores, espera até o líquido descer pelas partes íntimas, aí o bebê sai. É melhor que a cesariana, a recuperação é mais rápida” (G8).

“Já vi vídeos sobre o parto na internet, mas pelo que eu entendo vai depender de cada mulher, porque tem umas que é induzido, começa pelas contrações, aí tem a questão dos exames de toque, porque tem que ter 10cm, aí você vai esperando, tem umas (gravidas) que eles usam medicação pra induzir” (G10).

O discurso das gestantes deste estudo vai de encontro com a pesquisa “Acesso à Internet e à Televisão e Posse de Telefone Móvel Celular para Uso Pessoal” realizada no ano de 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram pesquisadas 362.555 pessoas e 148.697 unidades domiciliares distribuídas por todas as Unidades da Federação e constatado que quase a metade dessa amostra, (42,4%), possuía acesso à informação e comunicação por microcomputador ligado a internet, além de 89,8% da população faziam uso de telefonia móvel com o mesmo objetivo.

No ano 2012, Moretti, Oliveira e Silva realizaram a pesquisa “Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública?” voltada para a busca de informações em saúde, quando autores afirmam que é cada vez maior o número de pessoas que buscam informações de saúde por meio da internet, possibilitando a troca de experiências entre pacientes com problemas semelhantes, facilitando os debates entre paciente e profissional e promovendo melhorias na qualidade de vida dos usuários, autonomia, proatividade e autoconfiança. Entretanto, o usuário está exposto a um grande número de informações que, por muitas vezes, são inconsistentes ou possuem dupla interpretação fazendo com que o mesmo encontre dificuldade em acessar informações seguras, considerando que a quantidade de dados dificulta a localização de uma fonte confiável.

Outro fato que se evidenciou nos discursos foi que 5 (41,7%), participantes referem ter adquirido conhecimento sobre as vias de parto por meio de algum membro da família, de pessoas do seu convívio ou de experiências vivenciadas dentro e fora do ambiente hospitalar e que o momento da parturição é percebido como um processo doloroso:

“É a minha mãe, ela já passou pra nós como é o parto. Eu acredito que a gestante sinta muitas dores, comece a perder liquido que é ai onde entra em trabalho de parto [...]” (G6).

“[...] minha irmã disse como é o parto cesáreo, dá à anestesia, aí depois o médico corta, pra tirar a criança. Eu disse, eu não quero mais, quero normal, é assim mesmo [...]” (G12).

“É pela vagina, vêm às contrações né?! Ai dizem que você sente umas dores, tipo querendo ir no banheiro, dizem que é na hora que o bebê quer nascer” (G7).

“Sei que eu já vi “tendo”, o que eu vi lá foi à mulher gritando com dor, [...] ela teve na cama lá junto comigo” (G5).

“Eu vi em uma palestra que são sete camadas de pele cortadas no parto cesáreo, é anestesiado. E no parto normal, primeiro a bolsa estoura, ai vem as dores, as contrações e pode durar ate 12 horas” (G3).

O relato das participantes corroboram com um estudo de Velho et al., (2012) “Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres” onde colocam que a experiência da parturição é percebida como um processo doloroso intensificado por histórias ouvidas fora do ambiente hospitalar, tais histórias passadas como experiências de pessoas do seu convívio (mãe, irmã, amigas, etc.), sendo para essas gestantes difícil diferenciar as fases do trabalho de parto, seja ele fisiológico ou cesariano, das experiências negativas que lhes são passadas.

Durante a experiência da parturição, a dor e o número de procedimentos dolorosos e inesperados, como a realização de amniotomias ou administração de ocitocina, para acelerar o processo fisiológico do parto, além do que elas presenciam nos alojamentos conjuntos e tempo de trabalho de parto em si, contribuem para o aumento dos níveis de dor e de ansiedade da parturiente (VELHO, et al., 2012).

Em contra partida, observamos que 3 (25%) gestantes ao serem indagadas sobre o que sabem sobre as vias de parto referem não ter conhecimento sobre o assunto, mesmo tendo vivenciado algum parto, esse fato se evidencia por meio dos discursos a seguir:

“Não sei como acontece o parto normal só senti as dores. As duas cesáreas que fiz foi muito sofridas, mas não sei como acontece” (G1).

“Não sei como é a cesariana, nunca vi nem em vídeo, acho que só faria se for preciso” (G11).

“Não tive parto normal, tive cesárea. Durante o parto cesáreo eu não senti dor, deram uma anestesia e não vi mais nada [...]” (G9).

O fato das gestantes referirem não saberem como acontece o parto, mesmo tendo passado por um parto cesáreo anterior pode estar relacionado ao processo de medicalização do parto. Os discursos das gestantes de vão de encontro com o que Marque, Dias e Azevedo (2006), descrevem em sua pesquisa “A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento”, afirmando que a parturiente esta cada vez mais distante do protagonismo da cena do parto, submetendo-se a todas as ordens e orientações que lhes são passadas por não entenderem o seu papel no momento do parto. Esse fato faz com que haja uma valorização de tecnologias e intervenções, de ambas as partes, sem considerar seus riscos e benefícios, onde o desejo da mulher é pouco valorizado, principalmente nos setores mais pobre da população, com menos acesso a informação (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

O processo de medicalização do parto ainda pode levar a gestante acreditar que a cesariana é algo que o (a) médico (a) pode controlar por ela, nesse sentido o parto transcorreria de forma tranquila evitando dor e sofrimento, pudemos constatar esse fato por meio das seguintes falas:

“Bom o pouco que eu sei sobre o parto cesáreo é o médico vai marcar a tua cirurgia né?! Hoje em dia eles procuram ser bem práticos, eu até diria, não esperam nem a gestante sentir as dores” (G6).

“Meus dois partos foram cesáreas. Mandaram eu sentar e aplicaram a anestesia em mim, botaram eu deitada [...]” (G5).

O relato dessas gestantes corrobora com a pesquisa de Melchiori et. al., (2009), “Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano” onde afirmam que ao determinar o parto cesáreo, o (a) médico (a) pode controlar o tempo de duração e o horário de sua realização, além de associar a cesariana com a execução de ligação tubária, colocando a mulher como o sujeito passivo da situação sem considerar os riscos que o procedimento pode trazer para a mãe e o bebê.

CATEGORIA 2: ESCOLHA DA VIA DE PARTO

A presente categoria procurou verificar os motivos que levaram as gestantes a escolherem determinada via de parto. De acordo com os relatos, os motivos da escolha pela via de parto, 7 (58,3%) gestantes, referem ter preferencia pela cesariana. Dessas 4 (33,3%) elencaram como principal motivo o medo da dor, conseqüentemente a falta de coragem de ter

um parto fisiológico, além da falta de conhecimento sobre o mecanismos do parto. As falas a seguir evidenciam a escolha das gestantes pela cesariana:

“Sim, vou fazer cesáreas, porquê eu não consigo ter normal, meu colo não abre pra ter normal” (G1).

“Eu pretendo ter cesárea, por causa das dores, eu não tenho coragem de ter normal!” (G3).

“Cesariana, por medo, simplesmente por medo, somente por medo!” (G6).

“Cesárea de novo, não quero sentir dor” (G9).

Segundo o MS (2012), os índices de nascimento por via cesariana vêm aumentando por vários motivos, inicialmente as indicações eram por distócia mecânica, desproporção céfalo-pélvica e más apresentações. Estas indicações ampliaram-se, principalmente, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade perinatal, atualmente estão incluídas como indicações frequentes feto não reativo, apresentação pélvica, gestante HIV positivo, cesárea prévia. Tal procedimento se tornou mais seguro com o uso de medidas eficazes pra prevenir suas principais complicações como a infecção puerperal, a hemorragia e as complicações anestésicas. No entanto, a falta de conhecimento da gestante em relação ao seu estado, o medo da dor e a possibilidade de uma laqueadura também tem contribuído para o aumento do número de cesarianas (BRASIL, 2012).

Pereira, Franco, e Baldin (2011), no desenvolvimento da pesquisa “A dor e o protagonismo da mulher na parturição”, realizada com 45 gestantes atendidas no município de Joinville – SC, constataram que o medo da dor esteve fortemente ligado à escolha pela via de parto mais que o medo do trabalho de parto, do bem-estar fetal, da anestesia dentre outros, esse fato, associado, as histórias de outras mulheres e experiências anteriores contribui para que a gestante opte por escolher a cesariana com via de parto preferencial.

Por outro lado, as outras 3 (25%) gestantes relataram que o principal motivo pela escolha da cesariana como via de parto preferencial foi o desejo de realizar uma laqueadura tubária, conforme se observa nos depoimentos a seguir:

“Se eu puder escolher é cesárea, por causa da “ligação”” (G5).

“Já escolhi! Cirurgia. Porque eu não quero sentir dor não. E também quero ver se eu consigo fazer a cirurgia de ligação de trompas” (G10).

“Eu queria cesáreo porque eu queria ligar” (G12).

Apesar das participantes terem justificado a opção pela cesariana, os motivos apresentados, laqueadura, também ratificados em algumas pesquisas, não estão em consonância com a literatura como indicações absolutas de cesárea. A laqueadura, método irreversível, só pode ser realizada após 60 dias do parto, com o consentimento do casal, exceto em casos de cesarianas sucessivas anteriores ou casos em que a exposição a outro ato cirúrgico represente risco de vida para a mulher (MARCOLINO, 2004).

Segundo Modotte e cols. (2004), a laqueadura tubária trata-se do método mais comum de esterilização feminina utilizados no Brasil e no mundo. Ela consiste na oclusão mecânica ou ressecção parcial das trompas de Falópio, nesse sentido não se pode ocorrer à junção de gametas e conseqüentemente a fecundação.

De acordo com Velho et. al. (2012), afirmam em sua pesquisa “Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres” que a gestante ao escolher a via de parto, considera vários aspectos do seu cotidiano, tais estes como ausência de conhecimento sobre sua condição, retorno breve as atividades de vida diária, ausência de dor, medo ou a possibilidade de realização de uma laqueadura.

Figueiredo et. al. (2010) em sua pesquisa “Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes” realizado com 30 gestantes na cidade de Juiz de Fora – MG, afirmam que das 7 mulheres que referiram o parto cesáreo com via preferencial, 6 usaram como justificativa a laqueadura tubária para a realização da mesma.

No que se refere ainda sobre os motivos da escolha do parto, foi evidenciado no discurso de 1 (8,3%) gestante o parto fisiológico como preferencia, justificada pelo fato de que o mesmo possibilita uma recuperação mais rápida, favorecendo retorno célere às atividades diárias. A seguir encontra-se recorte da fala:

“Já escolhi, normal. Porque a dor é só na hora, eu acredito, né?! E depois passa. A recuperação é melhor, é mais ligeiro” (G2).

O parto fisiológico é entendido como aquele que é realizado sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, nesse sentido o atendimento é centrado na gestante. No parto fisiológico, o bebê sai pelo canal vaginal e não há intervenções cirúrgicas, além de serem realizados o mínimo de procedimentos possíveis, com o objetivo de causar menos dor, complicações e risco de infecções à mãe e ao bebê. Tais procedimentos são realizados quando existirem uma real indicação (CRUZ, 2010).

Neste estudo, o fato de apenas uma gestante preferir o parto fisiológico como via de parto preferencial contradiz várias pesquisas realizadas com a mesma temática, por exemplo, em seu estudo “Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante” realizado uma Unidade de Saúde de Juazeiro-Bahia, com 12 gestantes Silva, Prates e Campelo (2014) afirmam que a maioria das gestantes entrevistadas referem a preferencia pelo parto fisiológico. Já Weidle et. al. (2014), ao realizar a pesquisa “Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?” afirmam ter entrevistado 81 gestantes sendo que 75% referem à preferencia pelo parto fisiológico enquanto apenas 25% referem à preferencia pelo parto cesáreo.

Observa-se ainda neste estudo que 4 (33,3%), gestantes não escolheram o tipo de parto que desejam realizar, alegam que vai depender dos resultados dos exames e do profissional médico, conforme relatos a seguir:

“Não sei! O que vier está bom!” (G4).

“Não, por mim poderia ser normal porque a recuperação é melhor, é mais rápida, mas parece que a criança está sentada, aí eu não sei, vou ter que fazer outra ultrassom pra ver se ela se virou. Eu não sei se vai ser cesáreo ou se vai ser normal!” (G7).

“Sei não, só Deus né?!” (G8).

“Ainda não, eu vou fazer uma ultrassom esse mês, aí vai depender do que o médico vai dizer” (G11).

A utilização das tecnologias de avaliação da vitalidade fetal vem se constituindo como uma tendência nas organizações de saúde, favorecendo e justificando as indicações de cesárea. Tais inovações contribuem para o diagnóstico precoce de diversas distócias que poderiam impedir a viabilização do parto fisiológico (COPELLI et. al., 2015).

O fato é que a análise dos resultados dos exames, assim como a indicação acerca deste procedimento é feita pelo profissional médico em concordância com a gestante e o acompanhante que, muitas vezes, se sentem intimidados pelo poder médico apresentado, acatando, sem questionar, as condutas empregadas. Ressalta-se que, além da autoridade e influência médica, essa situação se deve à falta de informação sobre as indicações e os riscos compartilhada com a gestante durante o pré-natal, bem como à crença, determinada socialmente, de que a cesárea é mais segura, o que é ratificado pela literatura (COPELLI et. al., 2015).

Segundo MS (2012), é importante que o profissional da atenção primária à saúde fortaleça os grupos de casais e gestante, pois estes são importantes para o suporte emocional, o esclarecimento de dúvidas e as orientações, além de fornecer para alívio das ansiedades da gestante, orientações sobre a gestação e o parto preparando-a para o parto fisiológico, pois a partir dessas informações que a gestante pode optar pela via de parto com autonomia e conhecimento (BRASIL, 2012).

CATEGORIA 3: ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A VIA DE PARTO.

O ciclo gravídico-puerperal é um momento único na vida da mulher podendo ser experienciado positiva ou negativamente dependendo, dentre outros fatores, das informações que a mesma recebe. A gestação se constitui de um fenômeno fisiológico que na maioria das vezes transcorre sem intercorrência, no entanto requer cuidados especiais mediante a assistência pré-natal, que além de prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, objetivando o bem-estar da gestante e de seu conceito, tem por obrigação orientar sobre possíveis problemas específicos da gravidez e do parto e sobre determinados cuidados a mulher durante o puerpério e ao recém-nascido (FRANCISQUINI et. al., 2010).

Na categoria 3, investigando se as gestantes tinham recebido orientações dos profissionais da saúde sobre a via de parto foi constatado que 12 (100%), receberam orientações, no entanto, não citam quais lhes foram passadas, com base no estágio da gestação atual. Evidenciados por exemplos de discursos a seguir:

“Elas dão esclarecimento bem direitinho. A enfermeira falou que era melhor o parto normal, mas eu disse a ela que não quero, não quero nem tentar” (G1).

“Esclarece tudo! Tudo que eu tenho dúvida eu vou lá e pergunto a elas me ajudam” (G2).

“É bom o atendimento, elas esclarecem tudo. Alguma dúvida que eu tiver elas explicam bem direitinho desde o início” (G8).

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser experienciado pela mulher e todos que estão ao redor como algo saudável, mas que envolvem mudanças físicas, sociais e emocionais. É comum a gestante adentrar o serviço de saúde carregada de dúvidas e anseios, nesse sentido é fundamental que o profissional de saúde que lhe atende forneça informações e orientações que possa sanar estas dúvidas e aliviar as suas ansiedades (BRASIL, 2012).

Durante a primeira consulta, no diagnóstico da gravidez, o profissional deverá orientar a gestante, em linguagem simples, a cerca do acompanhamento pré-natal sequência das consultas, visitas domiciliares e reuniões educativas. O cartão da gestante deve ser preenchido, a solicitação e orientações sobre quais e para que servem cada exame a realizar, e orientações sobre a participação nas atividades educativas (BRASIL, 2012).

Nas consultas subsequentes a gestante deverá receber orientações sobre cada fase da sua gestação: o aleitamento materno abordados em momentos educativos diferentes. No terceiro trimestre as orientações devem ser voltadas para a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa, bem como o pós-parto, no entanto devem ser evitadas informações excessivas, procurando transmitir orientações simples (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que todas as gestantes referem que o atendimento prestado pelos profissionais que realizam o pré-natal é bom ou muito bom. As falas a seguir comprovam a satisfação:

“É muito bom o atendimento lá, não precisa melhorar o atendimento é excelente, tanto da médica quanto da enfermeira. Esclarece tudo que eu pergunto” (G3).

“Eu gosto, eu sempre fui muito bem atendida lá, tanto a Médica quanto a Enfermeira” (G6).

“É bom, lá eu me sinto à vontade” (G7).

“Eu gosto das meninas, do atendimento. Eu que dou furada mesmo, mas elas sempre me atenderam bem” (G10).

Segundo Barbosa, Gomes e Dias (2011), os serviços de saúde vêm passando por uma reestruturação com o objetivo de construir um modelo de atenção à saúde mais justo, equânime, democrático, participativo e que tenha como prerrogativas básicas os princípios da humanização da assistência, promoção e prevenção em saúde.

Afirmam ainda que a nova reestruturação da Estratégia de Saúde da Família, as consultas pré-natais devem ser baseadas na ausculta qualificada, resolutividade do serviço, além do profissional de saúde estar bem mais qualificado e seguir o fluxograma de consultas pré-natais preconizado pelo SUS (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Batista e Gonçalves (2011), reforçam a necessidade de investimentos em políticas de educação permanente com o objetivo de qualificar o profissional para implantação e

fortalecimento da atenção à saúde no âmbito do SUS. Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde vem como uma proposta para contribuir nesta transformação e qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento do profissional em questão.

Os resultados deste estudo, reforçam a importância da Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do MS, de acordo com as diretrizes garante a mulher um atendimento qualificado e resolutivo favorecendo o vínculo entre a gestante e os profissionais de saúde. Além disso, seu principal objetivo é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2014).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha pelo parto cesariano foi demonstrado pela maioria das gestantes, justificado pelo medo da dor, sofrimento e o desejo pela laqueadura tubária. Constatou-se que fatores intrínsecos e extrínsecos da gestante como, experiências vivenciadas com partos anteriores e relatos de pessoas do seu convívio exercem papel fundamental na escolha pela via de parto.

O desejo por um parto fisiológico foi demonstrado por apenas uma mulher justificada pela rápida recuperação pós-parto. O parto fisiológico é entendido como aquele que é realizado sem intervenções ou procedimentos desnecessários e com atendimento voltado para a mulher, por outro lado o ato fisiológico de parir e nascer passaram a ser percebido como patológicos privilegiando a técnica medicalizada, com excesso de intervenções e procedimentos, resultando sequelas psicológicas que essas mulheres levaram para o resto de suas vidas.

Pode-se perceber que a falta de conhecimento das gestantes em relação a sua condição, assim como a falta de informações consistentes apresentam-se também como fatores determinantes para o processo de tomada de decisão na escolha da via de parto. Além disso, processo medicalização do parto pode levar a gestante a ficar cada vez mais distante do protagonismo da cena, submetendo-se a todas as ordens e orientações que lhes são passadas por não entenderem o seu papel no momento do parto.

O ciclo gravídico-puerperal é um momento único na vida da mulher podendo ser experienciado positiva ou negativamente dependendo, dentre outros fatores, das informações que a mesma recebe. O apoio dos profissionais de saúde na realização das consultas pré-natais fortalecem o vínculo e confiança entre a mulher e o serviço de saúde, além de oferecer segurança para que a gestante decida de forma segura a via de parto pela qual seu filho nascerá. Nesse sentido, é durante o pré-natal que o profissional de saúde que o realiza apresenta papel relevante como educador em saúde.

Enfim, a prática de educação em saúde na atenção básica coloca os profissionais de saúde como mediadores entre o serviço e a comunidade, implicando na necessidade de mudança de atitude dos mesmos, especialmente, no que diz respeito ao modo de como se constrói as pontes entre os serviços e as necessidades vivenciadas pela comunidade em seu cotidiano.

7. REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. **Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil**. 152f. Tese (Doutorado), Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, UFMG, Belo Horizonte, 1994. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/1994/Jose_Eustaquio_Diniz_Alves.pdf

ANDRADE, Z. T. M. **Da efetivação do direito à saúde no Brasil**. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 86, mar 2011. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9037>. Acesso em jul 2016.

ANGULO-TUESTA, A; GIFFIN, K; GAMA, A.S; D'ORSI, E; BARBOSA, G. P. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflitos na assistência ao parto. **Cad Saúde Pública** 2003; 19:1425-36.

BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. Pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm.** 2011 Jan/Mar; 16(1):29-35

BARDIN, L **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRA, D. A; GADELHA, P. S; MARTINS, W. P; COSTA, A. G; FERREIRA, A. C; MAUAD-FILHO, F. Métodos de imagem na avaliação da incompetência cervical. **FEMINA** Março 2007 | vol 35 | nº 3

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o sus: significado e cuidado. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.884-899, 2011

BENUTE, G. R. G. et al. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2013, vol.35, n.6, pp.281-285.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: MS, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar CEP: 70058-900, Brasília – DF. 2016

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, DE 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a criação do SUS.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2883, de 4 de junho de 1998**. Dispõe sobre o Prêmio Galba de Araújo

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466/12**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf> Acesso em: 08 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS**. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Janeiro/2016

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes**. Brasília- DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília- DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: MS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. MS/SVS/DASIS. Nascidos vivos – Brasil. Nascim p/resid. mãe segundo Região. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 04 Jul. 2016.

_____. **Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000**. Institui limites percentuais máximos de cesarianas.

_____. **Portaria nº. 2.816 de 29 de maio de 1998**. Institui limites percentuais máximos de cesarianas.

CAMPOS A. S; ALMEIDA, A. C. C. H; SANTOS, R. P. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Rev .Enferm. UFSM**. 2014;4(2):332-341.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Rio Grande do Sul. **Text. Context. Enferm.**, Florianópolis, v. 15(4). p. 679-684, 2006.

CEDEPLAR. **Estimativas de população para o Brasil: total do país, unidades federativas e municípios, 2010-2030**. BELO HORIZONTE | SETEMBRO | 2014

COPELLI, F. H. S; ROCHA, L; ZAMPIERI, M. F. M; GREGÓRIO, V. R. P; CUSTÓDIO, Z. A. O. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 336-43.

COSTA NETO, M. M. (Org.) **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

CRUZ, A. P. **Parto Natural**. Conselho editorial COREN-SP. Março/2010

ERHARDT, T.E; SILVEIRA, D. T. Universidade Aberta do Brasil- UAB/UFRGS. Curso de Graduação em tecnologia- Planejamento e Gestão para o desenvolvimento rural da SEAD/UFRGS. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre; Editora da UFRGS, 2009.120p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

FERRAZ, D.; KRAICZYK. J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Rev. de Psic da UNESP.**, 9(1), 70, 2010.

FIGUEIREDO, N. S. V; BARBOSA, M. C. A; SILVA, T. A. S; PASSARINI, T. M; LANA, B.N; BARRETO, J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A; BISPO, A. M. B; VASCONCELOS, M. M; MAIA, M. Z; CELESTINO, F. G. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. **FEMINA** Março 2009 | vol 37 | nº 3

FRANCISQUINI, A. R; HIGARASHI, I. H; SERAFIM, D.; BERCINI, L. O. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Cienc Cuid Saude** 2010 Out/Dez; 9(4):743-751

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arq Bras Cardiol** 2009; 93(6 supl.1): e110-e178)

GAMA, A. S; GIFFIN, K. M; ANGULO-TUESTA, A; BARBOSA, G. P; D'ORSI, E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(11):2480-2488, nov, 2009

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **FEMINA** | Setembro/Outubro 2012 | vol 40 | nº 5

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso à Internet e à Televisão e Posse de Telefone Móvel Celular para Uso Pessoal 2013**. Av. Franklin Roosevelt, 166 - Centro - 20021-120 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil – 2015

IORRA, M. R. K; NAMBA, A; SPILLERE, R. G; NADER, S. S; NADER, P. J. H. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 55 (3): 260-268, jul.-set. 2011

JUNIOR, T. L; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev. Bioét.** (Impr.). 2013; 21 (3): 509-17

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação a pesquisa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

KORKES, F.; RAUEN, E. C.; HEILBERG, I. P. Litíase urinária e gestação. **J Bras Nefrol** 2014;36(3):389-395)

LEÃO M. R. C; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latin-am Enfer.** 2001 maio; 9(3):90-4.

LEÃO, V. M; OLIVEIRA, S. M. J. V. O papel da doula na assistência à parturiente. **REME – Rev. Min. Enf.**; 2006. 10(1):24-29.

MANDARINO et. al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1587-1596, jul, 2009)

MARCOLINO, C. Planejamento familiar e laqueadura tubária **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3):771-779, mai-jun, 2004

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUE, F. C; DIAS, I. M. V; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery R Enferm** 2006 DEZ; 10 (3): 439 – 47

MELCHIORI, L. E; MAIA, A. C. B; BREDARIOLLI, R. N; HORY, R. I. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba, jan./jun. 2009, 13(1), p. 13-23

MODOTTE, W.P; DIAS, R; BERGAMASCO, J. M. P; DIAS, D. S. Laqueadura Tubária por Microlaparoscopia sob Anestesia Local e Sedação Consciente. **Rev bras vídeo cir** 2004;2(3):139-147

MORETTI, F. A; OLIVEIRA, V. E; SILVA, E. M. K. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Rev Assoc Med Bras** 2012; 58(6):650-658

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev Bras Méd Farm e Com**, 3(1):72-80. 2005.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia** Vol. 61, No 3, Maio-Junho, 2011

ROCHA, L. F. A; OLIVEIRA, Z. M; TEIXEIRA, J. R. B; MOREIRA, R. M; DIAS, R. B. Significados nas representações de mulheres que engravidaram após os 35 anos de idade. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 8(1):30-6, jan., 2014

SERRUYA, S. J; LAGO, T. D. G; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (3): 269-279, jul. / set., 2004

SILVA, S. P. C.; PRATES, R. C.G; CAMPELO, B. Q.A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante **Rev Enferm UFSM** 2014 Jan/Mar;4(1):1-9

TEDESCO, R. P; FILHO, N. L. M; MATHIAS, L; BENEZ, A. L; CASTRO, V. C. L; BOURROUL, G. M; REIS, F. I. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Rev. Bras. de Ginec. e Obstet.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 10, p. 791-798, 2004. Disponível em: . Acesso em: julho 2016

VAN NESS, P. **The concept of risk in biomedical research involving human subjects.** 2001. v. 15, nº. 4, p. 364-70.

VELHO, M. B; SANTOS, E. K. A; BRÜGGEMANN, O. M; CAMARGO, B. V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 458-66.

VÉRAS, G. C. B; ASSIS, J. T; CAVALCANTE, D. M; TAVARES, E. C. B; MOREIRA, J. F. **Vias de partos e suas incidências em uma maternidade da paraíba.** COFEN. CBCENF, 2015. Disponível em:
<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I59334.E13.T10611.D9AP.pdf>. Acesso em: 07 jul 2016

VOCÊ conhece as recomendações da OMS para o parto normal? 2014. Disponível em:
<http://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal>. Acesso em: 07 jul 2016

WEIDLE, W. G; MEDEIROS, C. R. G; GRAVE, M. T. Q; BOSCO, S. M. D. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. Saúde Colet.**, 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 46-53

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA
Instrumento de Coleta de Dados

À gestante atendida pela Unidade Básica de Saúde Bela vista localizada do município de Cajazeiras – Paraíba.

Data: ___ / ___ / ___ Iniciais _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Idade _____ Escolaridade _____

Gesta _____ Para _____ Aborto _____

Qual a sua religião? _____

Qual o seu estado civil () Solteiro () Casado () Separado () Viúvo

Qual é a sua renda familiar?

Quando iniciou o pre-natal _____

Intercorrências na gestacionais _____

Quem realiza a suas consultas pré-natais _____

2. DADOS REFERENTES AO OBJETIVO DA TEMÁTICA EM ESTUDO:

2.1 Você sabe como acontece o parto normal? Quais as vantagens?

2.2 Você sabe como acontece o parto cesáreo? Quais as vantagens?

2.3 Você já fez a escolha a via de parto? Qual? Por que?

2.4 A escolha da via de parto foi sua ou de outra pessoa?

2.5 Como está sendo seu acompanhamento pré-natal? Está esclarecendo suas dúvidas, dando informações em relação à gestação e ao parto?

APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO**APÊNDICE B- TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Responsável)**

Eu, Dra. **MARILENA MARIA DE SOUZA**, Professora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC), responsabilizo-me pela orientação de **JANAINA CARVALHO ANDRADE DOS SANTOS**, discente do Curso de Graduação em ENFERMAGEM, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado **“FATORES QUE INFLUENCIAM AS GESTANTES NA PREFERÊNCIA PELA VIA DE PARTO ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ”**.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG/CFP sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 13 de julho de 2016.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Marilena Maria de Souza', is written over a horizontal line.

Profa. Dra. Marilena Maria de Souza

Mat.336334

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

APÊNDICE C– TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Eu, Janaina Carvalho Andrade dos Santos, aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, responsabilizo-me, junto com minha orientadora Prof. Dra. Marilena Maria de Souza, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**FATORES QUE INFLUENCIAM AS GESTANTES NA PREFERÊNCIA PELA VIA DE PARTO ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras, 15 de Julho de 2016.

Janaina Carvalho Andrade dos Santos

Mat. 212120137

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Saudações, meu nome é Janaina Carvalho Andrade dos Santos, eu sou acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, e a Sra. está sendo convidada, como voluntária, a participar da pesquisa intitulada “Fatores que influenciam as gestantes na escolha pela via do parto atendidas em uma unidade básica de saúde”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar o problema da escolha das gestantes pela via do parto é com intuito de saber o que leva as gestantes a decidirem pelo parto normal ou cesáreo. A pesquisa se justifica nos dados estatísticos que é maior o número de partos cesáreos comparando com o parto fisiológico. O objetivo dessa pesquisa é verificar os fatores que influenciam as gestantes na escolha pela via de parto atendidas em uma unidade básica de saúde município de Cajazeiras-PB. O procedimento de coleta de dados será realizado da seguinte forma: explicar a pesquisa a entrevistada, perguntar se ela aceita participar como voluntária da pesquisa, pedir para ela assinar as duas vias desse termo e depois usar um roteiro com questões abertas e fechadas para a entrevista. Não será necessário que o Sra. se desloque de sua residência para qualquer outro lugar, a fim de fornecer dados ou informações para essa pesquisa. Portanto, a sua participação nessa pesquisa não lhe acarretará qualquer ônus, nem prejuízo financeiro.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Poderá existir um desconforto mínimo e ou constrangimento para a Sra. que se submeter a responder algumas perguntas de caráter pessoal durante a entrevista. Contudo, não haverá riscos que agridam sua constituição física e mental. Esse possível desconforto se justifica pelos benefícios que essa pesquisa trará as gestantes, uma vez que a descoberta dos fatores que influenciam a escolha pela via de parto na unidade básica de saúde permitirá contribuir para as gestantes recebam as informações fundamentais para que vivenciem com segurança e autodeterminação a escolha o parto.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: A participação da Sra. nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que será realizada uma entrevista com roteiro contendo perguntas abertas e fechadas, onde responderá verbalmente e anotadas no roteiro de entrevista, com risco mínimo de desconforto ou constrangimento, ao responder questões de cunho pessoal. Essa entrevista não será gravada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: A Sra. será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou prejuízo de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Sua identificação não será citada nominalmente ou por qualquer outro meio, que o aponte individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A Sra. ficará com uma via rubricada e assinada deste consentimento informado, assinada pelo pesquisador e pela Sra. na última folha e rubricado nas demais, e a outra ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: Existe um risco mínimo de ocorrer constrangimento por parte do participante que irá ser entrevistada. Assim, não se prevê que a sua participação no estudo lhe acarrete custos e, por isso, não será necessária nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa a Sra., e caso haja algum dano não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

Todavia, caso esse risco mínimo lhe acarrete algum prejuízo financeiro ou psicológico ou qualquer outra dimensão humana, nos responsabilizamos pela compensação financeira adicional e por acompanhamento profissional específico.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora

certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante

ou o (a) professor (a) orientador (a)_____.

Além disso, em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos estudo, a senhora poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, Sn Bairro Casas Populares, Cajazeiras Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3532-2075. Funciona de segunda a sexta-feira, no horário comercial (manhã 07:30 às 11:30; tarde 13:30 às 17:00).

Dados para contato com o responsável pela pesquisa

Nome: Marilena Maria de Souza

Instituição: ETSC/CFP/UFCG

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Casas Populares, Cajazeiras - PB

Telefone: (83) 93245807

Email: marilenacarolino@uol.com.br

LOCAL E DATA

Assinatura ou impressão datiloscópica
do voluntário ou responsável legal

Nome e assinatura do responsável pelo
estudo

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROGRAMA REDE ESCOLA

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada **“FATORES QUE INFLUENCIAM AS GESTANTES NA PREFERÊNCIA PELA VIA DE PARTO ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE”** a ser desenvolvida pela pesquisadora Janaina Carvalho Andrade dos Santos, sob a orientação da Professora Dra. Marilena Maria de Souza está autorizada a ser desenvolvido por este serviço.

Outrossim, informamos que para terá acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto a Comissão de Ética em Pesquisa- CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

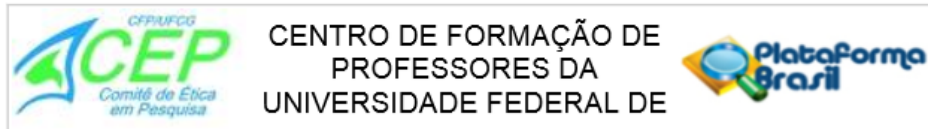
Sem mais,

Atenciosamente,

Cajazeiras, 13 de Julho de 2016

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Departamento de Educação em Saúde de Escola Programa Saúde na Escola

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES QUE INFLUENCIAM AS GESTANTES NA PREFERÊNCIA PELA VIA DE PARTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Pesquisador: Marilena Maria de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57897316.0.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.642.781

Apresentação do Projeto:

A experiência da parturição significa um momento ímpar na vida da mulher marcado por transformações em seu novo papel de ser mãe. A mulher deve ser preparada para esse momento desde o início da gravidez, pois ao chegar o momento do parto está deve ser capaz de escolher a via de parto mais conveniente, que melhor atende ao seu bebê e às possíveis complicações surgidas durante a gravidez. O parto fisiológico ou vaginal apresenta em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que torna a forma ideal de parir. Entretanto, há mulheres que sentem medo de parirem por via vaginal, por temerem as consequências que podem advir desta via de parto. Apesar dos esforços governamentais, seguindo o preconizado pela Organização Mundial da Saúde, as elevadas taxas de cesárea persistem e não sofrem impactos consideráveis.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar os fatores que influenciam a gestante na escolha pela via de parto.

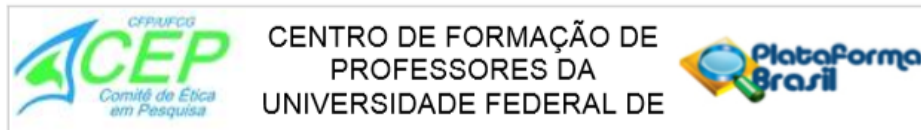
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Poderá existir um desconforto mínimo e ou constrangimento.

Benefícios:

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3632-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.642.781

Essa pesquisa trará benefícios, uma vez que a descoberta dos fatores que influenciam a preferência pela via de parto permitirá contribuir para que as gestantes recebam as informações fundamentais para que vivenciem com segurança e autodeterminação a escolha pela via parto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O termo "Parto cesáreo" é considerado inadequado porque não se trata de um parto, mas de uma cirurgia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão todos anexados ao processo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Uso inadequado do termo Parto cesáreo.

Considerações Finais a critério do CEP:

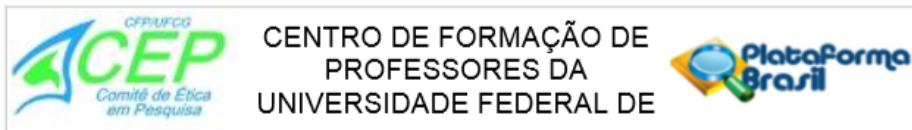
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_760596.pdf	17/07/2016 21:38:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/07/2016 23:00:12	Marilena Maria de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	15/07/2016 20:42:37	Marilena Maria de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Janaina_Plataforma.pdf	15/07/2016 17:05:56	Marilena Maria de Souza	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_e_compromisso_do_pesquisador_participante.jpg	15/07/2016 17:00:24	Marilena Maria de Souza	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_do_pesquisador_responsavel.jpg	15/07/2016 16:58:50	Marilena Maria de Souza	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.jpg	15/07/2016 16:57:49	Marilena Maria de Souza	Aceito
Outros	Formulario_de_Entrevista.pdf	15/07/2016 16:56:05	Marilena Maria de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.642.781

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 20 de Julho de 2016

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufpe.edu.br