

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
TURMA COMPLEMENTAR 2018-1 UniRV
NÍVEL MESTRADO**

WHAYNE ALVES ALECRIM

**PARTO NORMAL OU CESÁRIA?:
Preferências e Processo de Decisão entre Acadêmicas da Área da Saúde na Universidade
de Rio Verde - GO**

SÃO LEOPOLDO

2020

WHAYNE ALVES ALECRIM

PARTO NORMAL OU CESÁRIA?:

**Preferências e Processo de Decisão entre Acadêmicas da Área da Saúde na Universidade
de Rio Verde – GO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Profa. Dra. Laura Cecilia López

SÃO LEOPOLDO

2020

A366p

Alecrim, Whayne Alves.

Parto normal ou cesária?: Preferências e processo de decisão entre acadêmicas da área da saúde na Universidade de Rio Verde- GO / por Whayne Alves Alecrim. -- São Leopoldo, 2020.

62 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2020.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Laura Cecilia López, Escola de Saúde.

1.Mulheres – Saúde e higiene – Rio Verde (GO). 2.Parto normal – Rio Verde (GO). 3.Cesariana – Rio Verde (GO). 4.Autonomia (Psicologia). 4.Processo decisório. 5.Estudantes universitárias – Rio Verde (GO). I.López, Laura Cecilia.
II.Título.

CDU 613.99(817.3)
618.4(817.3)

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

Às mulheres que muitas vezes não conseguem que seu desejo
por tipo de parto seja exercido.

WHAYNE ALVES ALECRIM

PARTO NORMAL OU CESÁRIA?:

**Preferências e Processo de Decisão entre Acadêmicas da Área da Saúde na Universidade
de Rio Verde – GO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale dos Rios dos Sinos - UNISINOS.

Aprovada em 27 / 02 / 2020.

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Laura Cecília Lopez

Universidade do Vale do Rio Sinos (UNISINOS)

(orientador)

Dra. Maria Letícia Ikeda

Universidade do Vale do Rio Sinos (UNISINOS)

Dra. Marília Veríssimo Veronese

Universidade do Vale do Rio Sinos (UNISINOS)

AGRADECIMENTOS

Certamente não foi fácil chegar até aqui, mas o momento é de gratidão. Agradeço a Deus por tudo que tem feito em minha vida e me sustentado a cada momento. Agradeço aos meus pais, minha mãe Deusdetina Alves Alecrim, exemplo de dedicação ao estudo e ao meu pai, Ozias Dias de Alecrim, que mesmo com pouca formação educacional sempre nos incentivou a buscar o melhor, fez de tudo para nos ver formados e agora galgando mais um nível.

Agradeço também ao meu esposo, Huainer Beirigo, que esteve comigo nesse tempo todo me dando forças, cobrando e me encorajando. As minhas irmãs aqui também vão o meu agradecimento, Weulla que ficou mais de longe neste processo mas torceu muito para que tudo desse certo e Wenya, que ficou lado a lado comigo. Obrigada a minha orientadora Laura, que também foi um anjo nessa jornada. Obrigada por ter tido paciência. As minhas amigas Maria Carolina, companheira de percurso, aqui também vai o meu carinho. Por fim agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para eu chegasse até aqui.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é a dissertação apresentada como requisito à conclusão do Mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Estrutturamos duas partes para compô-la: na primeira parte, apresentamos o projeto de pesquisa utilizado na qualificação do mestrado e na segunda o relatório de campo da pesquisa. Ainda produzimos um artigo científico com os resultados da dissertação, que será submetido para publicação.

Nomeamos a dissertação: Parto Normal ou Cesária? Preferências e processo de decisão entre acadêmicas da área da saúde na Universidade de Rio Verde- GO.

O projeto de pesquisa surgiu com o objetivo de lançar um questionamento sobre a preferência pelo tipo de parto entre as acadêmicas. Nele, descrevemos os objetivos e a justificativa da pesquisa, o referencial teórico e a metodologia proposta. Após, descrevemos o relatório de campo, narrando a trajetória da pesquisadora e os percursos trilhados na pesquisa. Apresentamos um resumo da análise realizada no artigo científico.

RESUMO

Nas últimas décadas tem se observado o crescimento de cesarianas em todo o mundo e no Brasil não é diferente. Mais de 50% dos partos realizados no país não são por via vaginal. Pesquisas nos mostram que diversos fatores têm influenciado para essa premissa. Esta dissertação abarcou uma pesquisa feita com acadêmicas da área da saúde da Universidade de Rio Verde/GO justamente para identificar a preferência pelo tipo de parto neste universo. Por meio de uma abordagem quantitativa observou-se que a maior parte das estudantes preferem a cesárea. Aprofundamos esses dados por meio de pesquisa qualitativa, procurando compreender quais os motivos que levaram as acadêmicas a ter esta preferência, assim como se deu o processo de decisão pela via de parto entre as acadêmicas que já tinham filhos. De maneira geral as acadêmicas preferem este tipo de parto por falta de informações sobre benefícios e malefícios, pelo medo da dor do parto normal e ainda pela praticidade. As influências estão diretamente ligadas a falta de informação e a dissuasão dos médicos obstetras, as experiências de parentes e outras mulheres próximas. Observou-se que há uma necessidade de ampliar os direitos reprodutivos para tornar a assistência ao parto menos medicalizada, mais segura, livre de violências, e mais prazerosa para as mulheres.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Parto. Cesárea. Processos de decisão.

SUMÁRIO

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA.....	8
PARTE II – RELATÓRIO DE CAMPO	49

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
TURMA COMPLEMENTAR 2018-1 UniRV
NÍVEL MESTRADO**

WHAYNE ALVES ALECRIM

**Parto Normal ou Cesária?:
Preferências e Processo de Decisão Entre Acadêmicas da Área da Saúde na
Universidade de Rio Verde- GO**

**SÃO LEOPOLDO
2020**

WHAYNE ALVES ALECRIM

**Parto Normal ou Cesária?:
Preferências e Processo de Decisão Entre Acadêmicas da Área da Saúde na
Universidade de Rio Verde- GO**

Projeto de Pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Prof. Dra. Laura Cecília Lopez

SÃO LEOPOLDO

2020

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG: *American College of Obstetricians and Gynecologists*

CPN: Centro de Parto Normal

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

FIGO: *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

HU/ULBRA: Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil

OMS: Organização Mundial da Saúde

PHPN: Programa de Humanização do Pré-natal Nascimento

PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes

PPGSC: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Sinasc: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS: Sistema Único de Saúde

UniRV: Universidade de Rio Verde

UNISINOS: Universidade do Vale dos Sinos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.1.1 Objetivos Específicos.....	15
1.1.1.1 Objetivos Quantitativos	15
1.1.1.2 Objetivos Qualitativos	15
1.2 JUSTIFICATIVA	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO.....	18
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E PARTO HUMANIZADO	19
2.3 CONTROVERSAS SOBRE VIAS DE PARTO E PROCESSOS DE DECISÃO.....	21
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	26
3.1 UNIVERSO EMPÍRICO.....	26
3.2 DELINEAMENTO.....	27
3.2.1 Abordagem Quantitativa	27
3.2.2 Abordagem Qualitativa.....	28
4 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	31
5 ASPECTOS ÉTICOS	32
6 CRONOGRAMA.....	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	38
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PESSOAL.....	42
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE... 	45
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – (PESQUISA QUALITATIVA).....	47

1 INTRODUÇÃO

O cenário contemporâneo da assistência ao parto no Brasil é complexo, apresentando marcantes dimensões tecnocráticas¹, na medida em que são supervalorizadas e hierarquizadas as práticas médicas intervencionistas (DAVIS-FLOYD, 2001). O Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento nas últimas décadas, onde a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente, e o parto vaginal deixa de ser a via de parto mais comum (BRASIL, 2015). Apesar de os índices de cesárea apresentarem crescimento em vários países do mundo, inclusive Estados Unidos e Inglaterra, o Brasil tem sido considerado um dos campeões mundiais desse tipo de parto (MAIA, 2010).

Tanto no Brasil como em outros países, um dos motivos apontados para o aumento das cesarianas, tem sido a escolha das mulheres por esse tipo de parto. Observou-se mundialmente uma preferência pelo parto cesáreo de 15,6%, sendo mais elevados entre mulheres com cesariana anterior (29,4%) e naquelas com origem em países periféricos (22,1% vs. 11,8%) (BRASIL, 2014).

A Pesquisa Nascer no Brasil, ao descrever os fatores referidos à preferência pelo tipo de parto no início da gravidez e reconstruir o processo de decisão pelo tipo de parto, identificou que a principal escolha por parto vaginal foi a recuperação rápida (68,5%) e para a cesariana, o medo da dor do parto (46,6%). Mulheres atendidas no setor privado apresentaram 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pelo parto cesáreo no final da gestação. Aproximadamente 66% das entrevistadas preferiam o parto vaginal no início da gestação, 27,6% referiam preferência pelo parto cesáreo e 6,1% não apresentavam uma preferência bem definida (DOMINGUES, 2014).

A frequência de cesarianas tem se apresentado no país, desde meados da década de 1990, com um aumento contínuo. Pela primeira vez em 2009 a taxa de cesarianas superou a de partos normais no país, atingindo 52% em 2010 (BRASIL, 2014).

A taxa de cesarianas no Brasil situa-se ao redor de 56%. No sistema público de saúde é de 40%, ainda elevada, se considerarmos a recomendação da Organização Mundial de Saúde, de 15%. Já nos serviços privados de saúde, chega a 85% dos partos realizados (BRASIL, 2015). A operação cesariana pode levar ao aumento do risco de complicações quando realizada sem a

¹Sistema que privilegia as tecnologias e intervenções em uma lógica de “produção em massa” capitalista, em detrimento das relações humanas e sociais que cercam a experiência do nascimento.

indicação correta, porém, quando bem indicada, é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil, pois é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal.

Entre mulheres de melhor condição econômica, a cesariana eletiva é mais frequente e está associada a um melhor padrão de assistência. Ainda apresenta distribuição desigual no país, sendo maior entre as mulheres com assistência pré-natal em serviços privados e residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste, sendo determinada em vários casos por fatores não clínicos (BRASIL,2014).

O conjunto de evidências científicas não sugere benefício da operação cesariana em mulheres sem indicação médica. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde concluiu que taxas populacionais de cesariana superiores a 15% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Entretanto, considerando as características obstétricas da população brasileira, onde atualmente muitas mulheres apresentam cesarianas prévias, estima-se que a taxa de referência esteja ao redor de 29%, e não 15% como estimado para populações com baixas taxas de nascimentos por cesariana (BRASIL, 2015).

Nesse cenário, questiona-se como se dá o processo de decisão pela via de parto, quais são os fatores que influenciam nessa decisão. Enquadra-se essa inquietação na discussão mais ampla de saúde e direitos reprodutivos.

Entende-se que os direitos sexuais e reprodutivos estabelecem aporte no campo da liberdade e de escolhas individuais, sem discriminação, coerção ou violência. Para que estes direitos se cumpram na prática, se faz necessário políticas públicas e acesso a informação, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes (*PNAISM*) corrobora para esta ótica. Torna-se um facilitador para que a mulher tenha autonomia no campo da sexualidade e reprodução, levando-se em conta os direitos humanos. Sendo assim é importante reiterar que é preciso que os órgãos públicos tenham condições de garantir que esta mulher exerça o direito à autonomia reprodutiva, como, por exemplo, receba informações sobre os tipos de parto e a partir disso tenha tomada de decisões (ANDREZZO, 2016).

A presente pesquisa se constitui em um desdobramento do estudo maior no âmbito do convênio entre a Universidade de Rio Verde (UniRV) e a Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), que objetiva avaliar a condição de saúde dos universitários da UniRV.

Referente à saúde reprodutiva entre universitários, pertencendo a maior parte deles a uma faixa etária em que as decisões reprodutivas começam a se fazer presente entre os jovens, decisões sobre adiar a maternidade/paternidade é comum entre estudantes, em função de um projeto de vida orientado para a conclusão do curso. Porém, o projeto de ter filhos pode se fazer presente, assim como a gravidez não planejada, sendo que a contracepção muitas vezes é

vivenciada de maneira precária. Produto de diversas circunstâncias, o fato é que existem estudantes com filhos que articulam a vida estudantil com a maternidade/paternidade (PIRROTTA; SCHORB, 2004). Dentre os interrogantes sobre saúde reprodutiva, focaremos a atenção no que diz respeito às preferências e as decisões sobre a via de parto, tal como foi mencionado.

Serão analisadas as preferências pelo tipo de parto (normal ou cesárea) entre as acadêmicas dos cursos da saúde da Universidade de Rio Verde-GO, assim como o processo de decisão entre as estudantes que tenham filhos.

1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar qual a preferência pelo tipo de parto (normal ou cesárea) entre as acadêmicas da Universidade de Rio Verde e relacionar quais os fatores contribuíram para o processo de tomada de decisão entre as acadêmicas que já tiveram filhos

1.1.1 Objetivos Específicos

1.1.1.1 Objetivos Quantitativos

- Estimar a prevalência da preferência por parto normal ou cesárea, entre as estudantes da área da saúde da UniRV;
- Comparar a intenção de parto entre as estudantes com filhos e as estudantes sem filhos;
- Descrever a preferência de parto segundo as características demográficas (idade, estado civil e cor da pele), socioeconômicas (classe econômica);

1.1.1.2 Objetivos Qualitativos

- Identificar os fatores que influenciaram no processo de tomada de decisão pelo tipo de parto.
- Relacionar o processo de decisão pelo tipo de parto com marcadores sociodemográficos, e trajetórias profissionais das universitárias.

1.2 JUSTIFICATIVA

O processo de decisão pelo tipo de parto é complexo, e passa por influências dos profissionais, das experiências pessoais e dos seus familiares. Portanto é importante compreender quais os motivos que levam a esse processo de escolha. A falta de informação, ainda durante o pré-natal, para o trabalho de parto, ou ainda, a preferência do obstetra por uma devida via de parto, assim como motivos de medo e representações relacionados ao parto, ou motivos institucionais, podem ser a razão da escolha ou direcionamento do tipo de parto. Faz-se necessário observar e entender o processo de decisão do tipo de parto, que ocorre de forma variável, principalmente devido à diversidade sociocultural e as desigualdades sociais das localidades brasileiras.

Existem poucos estudos no país que investiguem a preferência e o processo de decisão do parto, sendo os mesmos mais direcionados a uma população que está vivenciando o processo da maternidade, e menos relacionado com jovens universitários, como, por exemplo, o estudo de Weidle *et.al* (2014) que elucida a via de parto pela gestante diante da autonomia neste processo, observando que, principalmente nos serviços de saúde suplementar, não existiu conflito entre autonomia e beneficência, pois de forma geral as indicações de parto não surgiram deste princípio, e sim realizados sem indicação médica real. O estudo mostrou ainda a falta de informação durante todas as fases da gestação em relação aos benefícios e malefícios do parto, afetando assim o processo de autonomia na escolha da via de parto, pois a falta de conhecimento limitou as escolhas da mulher, levando- à indução do que uma real opção materna. Vale *et.al* (2015) abordam a preferência e os fatores associados ao tipo de parto entre puérperas; onde no estudo observaram uma prevalência maior de cesariana. Porém, identificou-se entre as mulheres entrevistadas uma preferência pelo parto vaginal (58%), em concordância com outros autores, como na pesquisa nascer no Brasil, que apontou um desejo no início da gestação por parto vaginal. O estudo mostra ainda que são vários os motivos pela preferência ao parto vaginal, como a melhor recuperação no pós-parto se comparada com a cesárea, assim como as possíveis complicações durante a cesariana. No entanto, algumas mulheres utilizaram como justificativa pela preferência do parto cesáreo o receio de um processo doloroso durante o parto vaginal e a realização de cesariana como conveniência para a realização da esterilização cirúrgica.

Dados da Pesquisa Nascer no Brasil revelam números interessantes quanto à preferência pelo tipo de parto e também sobre o processo de escolha. O Brasil está entre os países onde a prevalência pela cesariana é grande, cerca de 55%. Números publicados pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) mostraram que no ano de 2016, 55,4% do total de nascidos vivos no Brasil foram por meio de cesárea. Entre os estados com maiores índices,

estão Goiás (67%), Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná (63%) e Rio Grande do Sul (63%) (GUEDES, 2018).

Portanto, conhecer mais em profundidade como se dá o processo de decisão e a preferência pela via de parto entre estudantes universitárias, além de trazer conteúdo relevante das indicativas da realidade experimentada por essa população, pode contribuir para mudanças nas ações que garantam os direitos reprodutivos das mulheres. Além disso, acreditamos que os resultados desta pesquisa podem servir não só como suporte, mas também de incentivo de políticas públicas locais, principalmente no que tange a informação, para jovens mulheres universitárias. De posse desses dados gestores públicos e acadêmicos terão em mãos dados importantes sobre a saúde da mulher, e partir deles será possível rever ou traçar novas metodologias.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO

O complexo parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, distante da vida familiar e comunitária, como acontecia anteriormente. O parto hospitalar tornou-se sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor. (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

O parto no Brasil, até o século XIX era resolvido de modo caseiro, tinha a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. A medicina não tinha muito conhecimento em relação ao parto e as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência no parto. Aos poucos, as parteiras foram perdendo lugar com o surgimento da figura do cirurgião na assistência ao parto e as mulheres foram desapropriadas de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição (STORTI, 2004).

No início da década de 1960, houve a invenção da técnica que possibilitava a mulher controlar sua dor, ou seja, introduz-se o parto vaginal “sem dor” pela facilitação da anestesia peridural (VENDRÚSCULO; KRUEL 2015). Na obstetrícia moderna o parto tornou-se mais tecnológico e com atendimento profissional qualificado. Desta forma partos difíceis se tornaram mais seguros. No entanto, nem sempre essa prática estava associada a um adequado cuidado com a mulher (CAMPOS et al, 2014).

Com a institucionalização do parto houve o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento, pois a estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes, mas sim, para as necessidades dos profissionais de saúde (DINIZ, 2001). Ganhou-se na questão tecnológica, mas também muito se perdeu em relação ao ambiente acolhedor que ocorria no domicílio (VENDRÚSCULO; KRUEL 2015). O objetivo de tornar o parto mais seguro foi alcançado nesse modelo médico, porém, também contribuiu para a perda de suporte social das mulheres durante o parto.

A obstetrícia moderna fez com que partos difíceis e que culminavam na morte da parturiente ou seu bebê passassem a ser mais seguros, quando realizados em hospitais e com equipes especializadas em situações de risco no nascimento, porém, a recomendação para que todos os partos fossem hospitalizados e medicados, acarretou no distanciamento da parturiente de sua família (VENDRÚSCULO; KRUEL 2015).

O modelo de assistência ao parto no Brasil segue o modelo estadunidense, focado no profissional médico como responsável pelo parto eutócico², instituído com novas tecnologias e intervencionismo. Já em outros países como Inglaterra e Holanda seguem o modelo europeu, que faz uso discriminado da tecnologia, direcionado para um parto mais fisiológico, com menos intervencionismo, onde os casos de baixo risco podem ser realizados em domicílio ou casas de parto além de hospitais, com assistência conjunta de parteiras, e a família participando integralmente do processo (DOMINGUES, 2002).

O modelo tecnocrático se manifesta diferentemente no SUS (Sistema Único de Saúde) e na assistência privada, acentuando desigualdades na qualidade do parto hospitalar que atingiu cobertura universal. Resultados da Pesquisa Nascer no Brasil confirmam em âmbito nacional evidências fortes das desigualdades socioeconômicas, raciais e regionais na atenção ao parto; evidenciado pelos movimentos de mulheres e de humanização do parto. (AQUINO, 2014).

No Brasil, observado esta forma prioritária de fornecimento de assistência à saúde da mulher, inicia-se e intensifica-se a criação de normativas e diretrizes que estabeleçam a junção das abordagens médica e social, uma mistura destes dois modelos de assistência mencionados anteriormente, onde a mulher seria atendida de forma mais humana e menos medicalizada³, porém, não deixando de usufruir do aporte tecnológico quando o mesmo é necessário.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E PARTO HUMANIZADO

Nas últimas décadas, está acontecendo uma mobilização mundial em favor da humanização do parto. No Brasil, começou a se disseminar o modelo de assistência obstétrica recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Este modelo modifica o olhar do profissional de saúde sobre a parturiente e sua família. O ponto de maior destaque nessa transformação é o investimento na criação de Centros de Parto Normal, que são unidades de acolhimento ao parto, fixadas fora do centro cirúrgico obstétrico, que aplicam práticas recomendadas, mas que se diferenciam dos serviços tradicionais de obstetrícia, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo e, ao mesmo tempo, garantindo e oferecendo recursos tecnológicos apropriados. (MACHADO; PRACA, 2006).

² O parto eutócico é um parto normal, onde não se observa alterações, inicia-se e conclui-se de forma espontânea, sem necessidade de intervenção médica. O feto encontra-se em posição fetal cefálica e fletido e a sua saída é vaginal. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/eut%C3%B3cico>. Acesso em 20 abril de 2019.

³ Modelo pelo qual a medicina tem transformado aspectos comuns da vida em objeto de saúde (NAGAHAMA, 2005).

Estudiosos da área afirmam que o parto vaginal deve abranger três pontos fundamentais: oferecer segurança técnica, ser uma experiência prazerosa para a mãe e ser visto como momento de interação emocional. Apesar disso, motivos como medo da dor no parto normal e da cultura de que o parto cesáreo é menos dolorido e arriscado, tem sido fatores que levam a direcionar à cesárea. (VENDRÚSCULO; KRUEL 2015).

Quando o movimento pelo parto humanizado começou a surgir, valorizando e redefinindo o momento do parto como uma experiência positiva para as mulheres, aspectos relacionados às circunstâncias do parto se tornaram importantes. Muitos acreditam que o medo, a dor e a ansiedade são aumentados pelas características do modelo vigente com o afastamento da família, ambiente e pessoas estranhas, e rotinas rígidas de assistência. (DOMINGUES, 2002).

Desta forma, surgiu o Programa de Humanização do Pré-natal Nascimento (PHPN) desde 2002, no Brasil, através do Ministério da Saúde, ampliando suas normativas com relação à atenção à gestação e parto, e buscando consolidar um novo paradigma baseado na humanização do parto vaginal (STORTI, 2004). O movimento de humanização do parto estabelecido pelo Ministério da Saúde, dentre várias iniciativas, destacou a escolha de um acompanhante para assistir à mulher durante o parto. (VENDRÚSCULO; KRUEL, 2015).

Esse programa apresenta características como a integralidade da assistência obstétrica e afirmação dos direitos da mulher. O principal objetivo do programa foi a assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, através de ações de promoção, prevenção, ampliando o acesso, e aumentando a qualidade e a capacidade da assistência obstétrica e neonatal, assim como a regulamentação e organização no Sistema Único de Saúde. (DOMINGUES, 2002).

Em 1999 foi criado o primeiro Centro de Parto Normal – CPN dentro do SUS, para atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal, de forma humanizada e de qualidade, introduzindo partos vaginais sem riscos assistidos fora do ambiente hospitalar, assistência menos medicalizada e mais acolhedora. Algumas práticas de assistência ao parto e puerpério menos intervencionista se implantaram de forma individual, apresentando resultados perinatais satisfatórios. (DOMINGUES, 2002).

A Estratégia Rede Cegonha foi instituída pelo Governo Federal em junho de 2011 visando promover saúde, qualidade de vida e bem-estar às mulheres durante a gestação, parto, pós-parto e no desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Em Goiás, por exemplo, a Rede passou por uma nova avaliação (2014-2015 e 2016-2017) para conhecer os estágios de implantação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento. O relatório mostrou que três maternidades goianas se destacaram positivamente na avaliação, sendo elas:

Hospital e Maternidade Dona Iris e Hospital Nascer Cidadão, em Goiânia; e Hospital Pio X, em Ceres⁴. A cidade de Rio Verde, entretanto, não aparece entre os destaques. Dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) mostram que dos 3.386 partos realizados em Rio Verde Goiás em 2016, 1.132 foram normais, 2.254 cesáreas. (DATASUS, 2016).

2.3 CONTROVERSAS SOBRE VIAS DE PARTO E PROCESSOS DE DECISÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2018 reafirmam que o Brasil é o segundo país com maior percentual de cesáreas no mundo. A taxa é de 55,6%, ficando atrás apenas da República Dominicana, com 56,4%.

O parto cirúrgico, em resposta a condições médicas, mostrou-se eficaz no sentido de salvar vidas de mães e recém-nascidos. A forma atual de vida da sociedade, a alteração do comportamento reprodutivo, determinam partos com maiores dificuldades e podem resultar no aumento do número de casos de cesarianas. No debate sobre a assistência ao parto cesariano e o uso adequado de tecnologia, vem à tona como a tecnologia tem seu limite, e seu uso exagerado não adiciona benefícios e sim acarreta novos riscos à saúde da mulher e do bebê. (DOMINGUES, 2002).

No Brasil e também em outros países, verifica-se um aumento do número de cesarianas sem indicações médicas. Elas acontecem por fatores não-obstétricos, práticas médicas defensivas, incentivos financeiros, dentre outros motivos. Além disso, as cesarianas têm crescido também entre gestantes de baixo risco. No entanto, não existem informações sistemáticas para avaliar se estas cesarianas resultam de solicitação materna ou da recomendação dos clínicos. (OLIVA, 2010).

Reconhece-se que os determinantes das cesarianas são bem complexos, incluindo fatores diversos como gestação de alto risco, condições financeiras, atitudes culturais e sociais das mulheres e das sociedades. A cesariana é realizada em maior número entre as populações de maior poder aquisitivo, com planos de saúde privados, na zona urbana, com mais acesso ao atendimento médico especializado em obstetrícia. (FREITAS; MAGALHÃES, 2006)

Oliva (2010) recorre a informações do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), para esclarecer que é eticamente aceitável e justificável a cesariana se o profissional identificar que o bem-estar materno e fetal trarão mais benefícios do que o parto vaginal na hora do procedimento. Em contrapartida, a autora cita a *International Federation of*

⁴ Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. Disponível In: <http://www.saude.go.gov.br/ministerio-da-saude-avaliacoes-da-rede-cegonha-em-goias/>. Acesso em: 10 de abril de 2019.

Gynecology and Obstetrics (FIGO) que afirma que sem razões médicas a prática da cesariana é injustificável. (OLIVA, 2010).

As mulheres que realizam cesariana são mais susceptíveis a ter hemorragias intensas e recuperação hospitalar prolongada (superior a 48 horas) comparadas com as que realizaram parto vaginal, sendo o risco de complicações numa cesariana de emergência bastante superior (14,5% a 32,6%) ao do procedimento eletivo (6,8%). Na cesariana eletiva, o risco de morbidade materna grave apresenta-se 3,1 vezes superior ao do grupo de parto vaginal. Ainda assim, o risco absoluto permanece baixo. (OLIVA, 2010).

Por outro lado, ainda de acordo com a autora, a cesariana pode reduzir o risco de alterações do pavimento pélvico e diminuição do risco de natimortos e morbidade neonatal. A diminuição da ansiedade e da dor relacionadas ao parto vaginal e a conveniência do horário marcado podem ser postuladas como vantagens do parto cirúrgico. (OLIVA, 2010).

Velho et al (2012) realizaram uma discussão sobre os prós e contras, na percepção da mulher, com relação ao parto cesareana e normal. As razões positivas do parto cesariana não são tão distantes das apresentadas anteriormente por Oliva. A pesquisa mostra, num primeiro momento, a partir da visão das mulheres, que o nascimento por meio da cesárea favorece para ausência das dores do trabalho de parto, evita o medo do parto, é um procedimento mais rápido e que ainda há a possibilidade de realizar uma laqueadura e salvar a vida do bebê.

Os pontos negativos também são relatados no estudo. No parto cesareana são mencionadas dores no “pós-parto, dificuldades na recuperação, riscos na cirurgia, preocupações e experiências prévias com a anestesia, maiores níveis de medo e dificuldades no retorno às atividades sexuais” (VELHO et al, 2012, p. 463).

Como dito anteriormente, o Brasil apresenta um dos maiores índices de cesáreas do mundo. Aqui, as taxas de cesárea variam bastante entre as regiões, principalmente quando se compara a assistência realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com a assistência privada. A taxa de cesarianas no setor de saúde suplementar chega próximo de 80%, enquanto no sistema público fica próxima de 30%. Esses índices aumentam entre as mulheres com melhores condições socioeconômicas, de cor branca. (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

Iorra et al. (2011) discutem, através de um estudo observacional e descritivo, os aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. Foram entrevistadas 456 puérperas nas primeiras 24 horas após o nascimento que ocorreram na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil (HU/ULBRA) no período de 30 dias no ano de 2010. O estudo identificou que, em relação à preferência pelo tipo de parto, 83,8% não apresentavam preferência inicial pela cesariana, ou preferiam o parto vaginal, ou não

tinham uma opção inicial estabelecida. O parto vaginal foi o preferido da maioria das mulheres entrevistadas (n=291), sendo justificado por apresentar recuperação mais rápida, menos dor e sofrimento, mais rápido e risco menor de morte materna. Assim, como reitera o autor, junto com outros estudos brasileiros, corrobora-se a preferência inicial pelo parto normal.

De acordo ainda com o mesmo estudo, no processo de decisão pela via de parto, houve interferência significativa de indicadores como ter companheiro, grau de instrução, renda familiar e tempo de ruptura de membranas. Mostrou assim, uma associação positiva entre o grau de escolaridade materna e o parto vaginal sugerindo que compreendiam melhor das informações sobre os benefícios da via de parto; porém, descreve também a associação entre maior renda familiar e o desejo por cesárea. Demonstrou ainda, que o apoio emocional durante a gestação, parto e puerpério é fundamental para que a gestante realize o parto normal. (IORRA et al, 2011).

Neste estudo, ocorreu uma grande preferência por cesariana entre as gestantes que apresentaram ruptura de membranas por mais de 18 horas antes do parto, ocorrendo em função de um prolongamento do período exposto à dor e ao sofrimento materno, assim como o surgimento de algum imprevisto materno-fetal. A justificativa dada pelas mulheres para a realização da cesariana em geral foi discordante da indicação médica na maioria dos casos no estudo. (IORRA et al, 2011).

De acordo com Benute et.al (2013), em estudo transversal realizado de forma prospectiva entre 100 gestantes nulíparas e primíparas em um hospital universitário de São Paulo, a respeito da preferência pela via de parto, observou-se que 60,7% das nulíparas e 70,5% das primíparas referiram preferir a via de parto vaginal, porém, a via de parto mais realizada foi a cesariana. Identificou ainda ausência de diferenças significativas entre os dois grupos ($p > 0,05$) a respeito das informações recebidas sobre o tipo parto, ou influência do parceiro e sua preferência; para os dois grupos a principal opinião e influência foram de colegas, vizinhos e familiares (n=28, entre as nulíparas e n=20, entre as primíparas). Observou-se que os reais motivos das gestantes por uma determinada via de parto têm por finalidade gerar uma experiência de parto sem dor, rápido, com menor tempo intra-hospitalar, assim como o bem-estar do filho recém-nascido. Concluiu ainda, que entre as entrevistadas a experiência anterior do parto não exerceu influência na expectativa do processo de parturição nem na escolha específica de uma via de parto.

Falando ainda da percepção do parto normal e cesárea pelas mulheres que vivenciaram essa experiência, Velho et.al (2012), em estudo de revisão, identificam as percepções positivas e negativas. Destaca-se que entre o parto normal e cesárea a experiência de maior satisfação e

protagonismo foi referido preferencialmente no parto normal, sendo retratado nos estudos esta experiência como, recuperação rápida, menor sofrimento, pós-operatório menos doloroso, retorno às atividades e alta de forma mais precoce. Algumas mulheres acreditam não ter nenhuma desvantagem o parto vaginal, reforçando grande benefício por estabelecer maior contato com filho recém-nascido e grande alegria e emoção vivida. As mesmas identificam a dor física experimentada como processo natural, intrínseco ao parto, sendo transformado em momentos de satisfação pelo protagonismo feminino e materno e manifestação de amor. Já os aspectos negativos, no parto normal, relacionam-se com a institucionalização do parto, que se associa a complicações e intervenções, assim como medo de morte fetal ou materna. A percepção do parto vaginal ocorre negativamente, como processo doloroso ou incremento de dor por procedimentos como amniotomia ou uso desnecessário de ocitocina (medicação utilizada para condução/ indução do parto) e desrespeito do papel central da gestante no evento que envolve seu corpo desprovido de autonomia, identificado pela assistência à saúde da mulher que ocorre de forma medicalizada e impessoal, estabelecendo um distanciamento do profissional da saúde, que culmina em insegurança e ansiedade vividas. Essas situações são expressas como violência física e emocional manifestando uma desassistência das equipes de profissionais de saúde.

A pesquisa apresentada pelo Caderno de Saúde Pública (2019) sobre os avanços na assistência do parto no Brasil, mostram e comparam dados sobre os resultados dos estudos, *Nascer no Brasil*, avaliação da Rede Cegonha e *Nascer Saudável*. Os pesquisadores identificaram um aumento significativo do acesso à tecnologia apropriada ao parto e nascimento entre os anos de 2011 e 2017. “O estudo *Nascer no Brasil* mostrou que o principal motivo para a preferência das mulheres pela cesariana no país é o medo da dor no parto”. O trabalho aponta ainda sugestões para a mudança dessa premissa, como a melhoria da assistência ao trabalho de parto e ao parto vaginal visando à promoção da autonomia, do protagonismo e do bem-estar das mulheres.

Outra pesquisa, desta vez realizada com mulheres do Paraná, sobre a participação no parto, revelou que apesar delas desejarem participar do seu parto e de verbalizarem suas necessidades, escolhas e preferências, elas “não encontram condições favoráveis para que suas necessidades de cuidado e o desejo de participação nas decisões sobre o parto sejam viabilizados; fato que interfere nas relações face a face e impede o direito à escolha informada em relação ao parto. E ao encontrarem resistências, elas se rendem aos modelos propostos quando percebem que não se podem superá-las (SODRÉ, et al, 2010).

Observa-se, ainda que preliminarmente, que há controvérsias a respeito do parto cesáreo e normal. Neste cenário, a intenção desta pesquisa será identificar qual o tipo de parto preferencial das estudantes universitárias da Universidade de Rio Verde (UniRv), e ainda o processo de decisão pelo tipo de parto, após a maternidade, e quais os motivos/fatores que contribuíram para esta escolha.

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este projeto de pesquisa faz parte de um convênio entre a Universidade de Rio Verde (UniRV) e a Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS) através do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Este estudo, em particular, faz parte de uma ampla pesquisa que está sendo desenvolvida por professores/estudantes de mestrado e doutorado do PPGSC, sendo estes últimos professores efetivos e comissionados da UniRV regularmente matriculados no respectivo Programa de Pós-graduação.

3.1 UNIVERSO EMPÍRICO

O estudo foi realizado nos campi da UniRV localizados nas cidades de Rio Verde, Aparecida de Goiânia e Goianésia, no sudoeste do estado de Goiás, sendo que a maior participação acadêmica da amostra é aquela que cursa na Fazenda Fontes do Saber, município de Rio Verde/GO. Atualmente a universidade possui cerca de 7.000 acadêmicos frequentando 21 cursos de graduação.

O município de Rio Verde é conhecido na região sudoeste do estado por concentrar várias faculdades, entre públicas e particulares. Desta forma muitos acadêmicos são procedentes de outras cidades. A economia de Rio Verde concentra-se basicamente no agronegócio. Segundo dados do IBGE, a cidade é a terceira do país no ranking do Produto Interno Bruto Agropecuário que de certa forma atrai muitos estudantes. Rio Verde conta com população aproximada de 217.000 habitantes, o qual possui, atualmente, quatro hospitais terciários, sendo um público (municipal) e três particulares.

A população do estudo é constituída por alunos dos cursos de graduação da área da saúde da Universidade de Rio Verde (UNIRV). A população estimada é de 2.479 acadêmicos que estejam matriculados aos cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Farmácia e Educação Física; distribuídos em três campi (Rio Verde, Aparecida de Goiânia, Goianésia). A seleção desse *corpus* se deu com base em questões de logística. Ou seja, os acadêmicos que participam desta pesquisa estão situados nos campi da UniRV onde os pesquisadores (professores) lecionam.

3.2 DELINEAMENTO

Em resposta ao problema de pesquisa trabalharemos com as abordagens quantitativa e qualitativa.

3.2.1 Abordagem Quantitativa

Nas pesquisas quantitativas os paradigmas partem de uma realidade tangível. A pesquisa quantitativa vislumbra medir, prever, verificar ou generalizar hipóteses relacionadas ao objeto de estudo. Portanto, por meio da análise quantitativa poderemos estimar a prevalência da preferência pelo tipo de parto entre as estudantes dos cursos da área da saúde da UniRV, assim como associar a preferência com o fato de ter filhos ou não ter, e com características sociodemográficas e acadêmicas/profissionais.

A abordagem quantitativa trata de um estudo transversal com base universitária cujo intuito é avaliar as condições de saúde de estudantes da área da saúde da Universidade de Rio Verde - GO. Os dados foram coletados através de um questionário autoaplicável aos universitários durante o período de aula, incluindo variáveis demográficas, socioeconômicas, acadêmicas e relacionadas a preferência do parto entre as universitárias.

Utilizamos como critério de inclusão da grande pesquisa, estudantes que estavam cursando a faculdade na área de saúde (farmácia, enfermagem, odontologia, medicina, fisioterapia e educação física) matriculados, frequentando a Universidade no período da aplicação do questionário de pesquisa, e que possuíam 18 anos ou mais de idade. Foram consideradas perdas ou recusas aqueles universitários que não foram localizados ou que se recusaram a participar do estudo, após, três possibilidades de encontros com os pesquisadores.

Neste trabalho foram excluídos os estudantes que não mantiveram vínculo com a instituição de ensino, e os estudantes do curso de educação física do campus de Caiapônia por questões de logística. Também foram excluídos deste estudo os universitários que apresentaram alguma deficiência cognitiva que os impossibilitou de responder o questionário.

Ao final da coleta de dados estima-se um total de 2264 universitários respondentes.

A variável dependente (desfecho) será a preferência de parto normal e cesárea, avaliada somente entre os estudantes do sexo feminino – refere-se à avaliação subjetiva, que fornece informações quantitativa e qualitativa acerca do parto.

As variáveis independentes incluem demográficas (idade a cada 10 anos, estado civil, cor da pele), socioeconômicas (classe econômica) e acadêmicas (curso e período)

O treinamento consistiu na apresentação geral do projeto de pesquisa, com realização de capacitação de técnicas de entrevista, e leitura explicativa do questionário e do manual de instruções. Realizou-se dois encontros na UniRV, o primeiro contou com a participação do coordenador do projeto, a fim de abordar os aspectos gerais da pesquisa, sendo sanadas eventuais dúvidas. Definiu-se forma de aplicação do instrumento e cronometrou-se o tempo gasto.

O professor participante da pesquisa ficou responsável pela aplicação de aproximadamente 100 questionários, que foram aplicados nos três campi (município de Goianésia, Aparecida de Goiânia e Rio Verde).

Os dados foram digitados em dupla entrada por meio do programa Epi Data com o objetivo de se corrigir erros de digitação. A consistência e a análise dos dados serão realizadas no software Stata versão 13.0 (StataCorp, College Station, TX, USA). Inicialmente as variáveis serão descritas através de suas frequências absolutas e relativas. Em seguida, a associação entre o desfecho e as variáveis independentes será testada através do teste do qui-quadrado de Person ou tendência linear. Será adotado o nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$) para testar as associações.

3.2.2 Abordagem Qualitativa

Na abordagem qualitativa a intenção é explorar um conjunto de dimensões que constituem o fenômeno em análises com perspectivas e significados variantes, proporcionando uma compreensão mais aprofundada das práticas e das atitudes dos sujeitos (Creswell 2010). Desta forma, analisaremos como se dá o processo de decisão pela via de parto, relacionando-o com dimensões que contribuíram para o desfecho em determinado tipo de parto.

Das mulheres que responderam o questionário da primeira etapa da pesquisa, serão selecionadas universitárias (10 mulheres), que tiveram filhos. Para tal seleção, os critérios são definidos por conveniência, sendo incluídas as estudantes dentro de diferentes cursos da área da saúde, do campus de Rio Verde que aceitem participar da segunda etapa (entrevista pessoal). O roteiro da entrevista abordará temas de saúde reprodutiva, tais como: decisões reprodutivas, anticoncepção, assistência pré-natal, preferência de tipo de parto antes do nascimento, processo de decisão sobre o tipo de parto, e experiência de parto. Será aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para esta etapa do estudo.

Serão excluídos do recorte desse estudo os universitários homens, por considerarmos que as questões referentes a esta pesquisa estão mais relacionadas com experiências femininas. Para a segunda fase da pesquisa (entrevista pessoal), serão excluídas as universitárias dos demais campi que não o de Rio Verde, tendo como base o motivo de logística.

Além disso, a análise se estende a interpretação dos dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas, que nos mostrará os motivos que influenciaram no processo de tomada de decisão pelo tipo de parto (abordagem qualitativa).

Nesta fase da pesquisa qualitativa utilizaremos a técnica de entrevista semiestruturada individual. Serão entrevistadas universitárias que tenham filhos, sobre questões de saúde reprodutiva, especificamente sobre o processo de decisão em relação à forma de parto.

A técnica de entrevista é muito comum em trabalhos de campo qualitativos, onde as falas dos atores sociais são analisadas. Esta técnica em nada se parece com uma conversa aleatória, pelo contrário consiste em levar em conta fatos relatados pelos atores que por meio da entrevista explicitam situações vividas. (MINAYO, 2002). A partir das entrevistas teremos condições de ter em mãos dados objetivos e subjetivos.

As entrevistas subdividem-se em estruturadas e não estruturadas (podem ser mais ou menos dirigidas), aberta ou não-estruturada (onde o tema proposto é livremente abordado entre as partes). É possível fazer a junção destas duas formas e aí então se tem as entrevistas semiestruturadas, as quais serão usadas nesta pesquisa. (MINAYO, 2002).

As entrevistas serão conduzidas a partir de um roteiro (em anexo). Num primeiro momento vamos reiterar os dados sociodemográficos apresentados pelo *corpus* em questão no questionário principal (o que foi aplicado aos universitários da área da saúde da UniRV). Já na segunda parte nossa intenção é enfim saber do *corpus* (mulheres que responderam no questionário principal que já tiveram filhos) quais os motivos que influenciaram as mulheres a tomada de decisão sobre o tipo de parto. As entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente.

Para Manzini (2004) o diferencial da entrevista semiestruturada é que ela não está condicionada a resultados prévios e padronizados. Permite ao pesquisador mergulhar em profundidade, retratando como cada sujeito percebe e significa sua realidade e gera informações que lhe permitam descrever e compreender a lógica das relações que se estabelecem no interior de um grupo. Apesar do pesquisador contar com um roteiro, as respostas levam sempre em conta o contexto do entrevistado e por isso mesmo não conta com uma padronização. Desta

maneira o roteiro serve para produzir informações direcionadas conforme os objetivos de pesquisa.

As entrevistas acontecerão com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico à etapa qualitativa. As falas serão gravadas, conforme aceito por parte das entrevistadas.

É importante salientar que a pesquisa quantitativa nos apresentará um percentual de universitárias da área da saúde da UniRV que possuem filhos. Porém, para avançarmos na pesquisa qualitativa teremos, assim como dito anteriormente, que nos apoiar no critério de conveniência. As estudantes com filhos serão identificadas por meio de consulta nas diferentes unidades acadêmicas, às estudantes que participaram da primeira parte da pesquisa, que tenham filhos e que apresentem interesse em participar dessa segunda etapa.

Quanto ao tratamento dos dados qualitativos, o primeiro passo posterior à realização das entrevistas será transcrever as gravações de entrevistas individuais, e aplicada Análise de Conteúdo, que consiste na leitura dos textos transcritos, catalogação dos trechos mais representativos da entrevista, no que tange a escolha pelo tipo de parto, e a análise e elaboração de sínteses interpretativas. (MINAYO, 2002).

4 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da presente pesquisa serão divulgados com a publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais. De modo a possibilitar o planejamento e implementação de ações de promoção de saúde, um retorno será dado aos alunos e à direção da Universidade do Rio Verde apresentando os principais resultados em um relatório com informações gerais e individualizadas por curso acadêmico.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigação obedecerá aos critérios estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa. Outro procedimento ético também exigido na resolução é que a pesquisa seja realizada com o Consentimento Livre e esclarecido do participante. Assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado, e preenchido antes da aplicação do questionário, em duas vias, sendo uma retida pelo participante da pesquisa e a outra pelos pesquisadores.

Foi mantida a confidencialidade e o sigilo de todos os dados dos participantes da pesquisa. No projeto maior em nenhum momento da pesquisa foram identificados e as informações obtidas ficarão à disposição dos pesquisadores. Os questionários de coleta de dados foram codificados e identificados por números e estes dados serão apresentados nos resultados porém não será possível a identificação de nenhum participante. Todo material utilizado ficará arquivado, com o pesquisador responsável, por um período no mínimo, de cinco anos, para a possibilidade de atender as necessidades de aprofundamento da análise dos dados, bem como responder a questionamentos decorrentes do encaminhamento para publicação. Após este período, o material será incinerado.

Na etapa de pesquisa qualitativa, também são seguidos critérios éticos, no sentido de resguardar a identificação das participantes, através da troca de nomes nas publicações, assim como com o compromisso de não divulgar informações para os outros fins que não o de publicações científicas e que preservem sua integridade ética.

6 CRONOGRAMA

Cronograma das atividades a serem desenvolvidas durante o mestrado de dezembro de 2017 a dezembro de 2019.

ATIVIDADES	Dez - 2017 a Fev - 2018	Mar - 2018 a Mai - 2018	Jun - 2018 a Ago - 2018	Set - 2018 a Nov - 2018	Dez - 2018 a Fev - 2019	Mar - 2019 a Jun - 2019	Jan 2020	Fev 2020
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X		
Escrita do projeto geral	X	X						
Elaboração do questionário e manual	X	X						
Elaboração instrumento controle de qualidade	X	X						
Termo consentimento livre e esclarecido	X	X						
Cadastro Plataforma Brasil		X						
Aprovação pelo comitê de ética e pesquisa Unisinos e UNIRV		X						
Lista e compra de materiais	X	X						

Treinamento da equipe			X	X				
Impressão dos questionários			X	X				
Identificação dos questionários			X	X				
Coleta de dados				X				
Digitação dos dados				X	X			
Análise dos dados					X	X		
Escrita do projeto individual	X	X	X	X	X			
Qualificação do mestrado						X		
Redação do artigo para publicação						X	X	X
Envio da dissertação aos membros da banca avaliadora								X
Apresentação da defesa de mestrado								X

REFERÊNCIAS

AMORIM MMR, SOUZA ASR, PORTO AMF. **Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. FEMINA.** Agosto 2010, vol 38.

AQUINO, E. M. L., **Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S8-S10, 2014.

BENUTE, G. R. G. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.** São Paulo, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana.** Brasília, DF Abr, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Pública** vol. 30 supl. 1 Rio de Janeiro 2014.

CADERNO SAÚDE PÚBLICA. **Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos.** Vol.35 nº.7 Rio de Janeiro, 2019.

CAMPOS AS, ALMEIDA ACCH, SANTOS RP. **Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal.** Rev Enferm UFSM. 2014;4(2):332-341

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa.** Métodos Qualitativo, Quantitativo. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CORRÊA. A. **Novas diretrizes tentam reduzir número de cesáreas nos EUA.** Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140409_cesareas_eua_ac_dg

DAVIS-FLOYD, R. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics.** v.75, p. 5-23, 2001.

DINIZ, S. G. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto,** 2001. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo

DOMINGUES, R.S.M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz.** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

DOMINGUES, R. S. M., **Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S101-S116, 2014.

FREITAS F, MARTINS-COSTA JG, MAGALHÃES JA. **Rotinas em obstetrícia.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

FREITAS, P. F. *et al.* O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 31(9):1839-1855, set, 2015.

GUEDES, A. **Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>. Acesso em: 28/08/2018.

HALVORSEN, L., NERUM, H., SØRLIE *et al.* **Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth?** *Midwifery*, 26(1), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.011>

HAUCK, Y. L., STOLL, K. H., HALL, *et al.* **Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parentes.** *Women and Birth*, 29(6), 511-517. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.05.001>, 2016

IORRA *et al.* **Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário.** *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 55 (3): 260-268, jul.-set. 2011.

LUKASSE, M., VANGEN S., ÅIN, P., E SCHEI, B. **Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: A longitudinal study.** *Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavia*, 90(1), 33-40, 2011. <https://doi.org/10.1111/j1600-0412.2010.01024.x>

MACHADO, N. X. de S; PRACA, N. de S. **Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente.** *Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo*, v. 40, n. 2, p. 275-279, 2006.

MAIA, M. B. **Humanização do parto política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Editora FIOCRUZ, 2010.

MARTINS, APV. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** *Ciências e Saúde Coletiva* 10 (3), 2005.

MANZINI, E. J. **Entrevista semiestruturada: análise de objetos e de roteiros.** In: **Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos**, 2, 2004, BAURU. A pesquisa qualitativa em debate. Anais... Bauru, USC 2004. CD-ROM. ISBN. 85- 986230-1-6. 10p.

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade.** Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

OLIVA, C. M. P. S., **Cesariana versus Parto Vaginal: como nascer?** Mestrado integrado em medicina. 2009/2010.

PAIN, J.J; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva- teoria e prática.** Rio de Janeiro: Med Book, 2014.

PIROTTA, K.C.M.; SCHORB, N. **Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários.** *Rev Saúde Pública* 2004; 38(4): 495-502.

Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. **Saúde avalia ações da rede cegonha em Goiás.** Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/ministerio-da-saude-avalia-acoes-da-rede-cegonha-em-goias/>. Acesso em: 10 de Abril de 2019.

SODRÉ, T. et al. **Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 452-60.

STOLL, K., HALL, W., JASSEN, P. et al. **Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students.** *Midwifery*, 30(2), 220-226. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.017>

STORTI, J. de P. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal.** 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

VALE LD, et al. **Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública,** *Rev Gaúcha Enferm.* 2015 set;36(3):86-92.

VENDRÚSCULO, C. T., KRUEL, C.S., **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto** *Disciplinarum Scientia.* Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VELHO M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: Revisão Integrativa Sobre a Percepção de Mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 458-66

WELDER G. W. et al. **Escolha de via de parto pela mulher: autonomia ou indução?** *Cad. Saúde Colet.*, 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 46-53

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Curso _____

Turma _____

Mestrando/Doutorando _____

idmd _ _

Prezado (a) universitário (a).

Muito obrigado por participar da nossa pesquisa! As suas respostas são muito importantes, pois irão ajudar a conhecer a saúde dos alunos da Universidade de Rio Verde.

Orientações para responder o questionário:

- ✓ Não coloque o seu nome no questionário, pois **você não será identificado**.
- ✓ Isso não é um teste, portanto **não existem questões certas ou erradas**.
- ✓ Por favor, seja honesto e verdadeiro nas suas respostas.
- ✓ Responda espontaneamente, não pense muito e responda rapidamente cada questão.
- ✓ Marque um **X** nas questões de marcar e sempre escolha apenas **1 (uma) alternativa**.
- ✓ Se errou na marcação, risque a questão incorreta, marque a correta sinalizando-a com uma seta
- ✓ Nas questões de completar, você deve **preencher** com a informação que está sendo solicitada com letras e números legíveis.
- ✓ A siglas IGN (ignorado) refere-se a uma resposta ignorada ou que você não sabe o que responder. A sigla NSA (não se aplica) refere-se a resposta de uma pergunta que não se aplica a você, após os pulos por exemplo.
- ✓ **Não** mostre as suas respostas para ninguém.
- ✓ Sua participação é muito importante, **tente não deixar questões em branco**.

Vamos iniciar com algumas perguntas gerais sobre você						
3. Qual o dia, mês e ano do seu nascimento?	__ __ / __ __ / __ __ __				datan __ / __ / __ __	
4. Qual sexo consta na sua certidão de nascimento?	1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino				sexo _	
8. Qual cor ou raça você é?	1 <input type="checkbox"/> Branco 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Parda 4 <input type="checkbox"/> Amarela 5 <input type="checkbox"/> Indígena				cor _	
Agora vamos falar sobre a vida acadêmica						
12. Qual é o seu curso?	1 <input type="checkbox"/> Medicina 3 <input type="checkbox"/> Biomedicina 2 <input type="checkbox"/> Enfermagem 4 <input type="checkbox"/> Fisioterapia 5 <input type="checkbox"/> Psicologia 6 <input type="checkbox"/> Educação Física 7 <input type="checkbox"/> Odontologia 8 <input type="checkbox"/> Nutrição				curso _	
13. Em que mês e ano e semestre ingressou na faculdade?	Mês: __ __ Ano: __ __ __ __				ingmes __ __ ingano __ __ __ __	
15. Em qual semestre do curso você está?	Estou no __ __ semestre				semest __ __	
Agora por favor responda algumas sobre sua família e sobre a sua casa:						
144. Até que série o chefe da sua família estudou? (Entende-se por chefe da família pessoa com maior renda)	1 <input type="checkbox"/> Analfabeto / Fundamental I incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental I completo / Fundamental II incompleto 3 <input type="checkbox"/> Fundamental II completo / Médio incompleto 4 <input type="checkbox"/> Médio completo / Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo				serchef _	
145. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio de sua família. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses. Quantos dos itens abaixo a sua família possui em casa?					banh _ edom _ auto _ lavlou _ gelad _ feez _ lavrou _	
Itens	Nenhum	1	2	3		4 ou mais
Banheiros	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>
Empregados domésticos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>
Automóveis	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>
Lava louça	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	

AS PRÓXIMAS QUESTÕES DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR ESTUDANTES DO SEXO FEMININO. CASO VOCÊ SEJA DO SEXO MASCULINO PULE PARA A QUESTÃO 195.

<p>175. Você já ficou grávida alguma vez?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não (PULE PARA QUESTÃO 182) 1 <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>176. Que idade você tinha quando ficou grávida pela primeira vez?</p>	<p>-- anos</p>
<p>177. Desta(s) gestação(ões), escreva quantos foram:</p>	<p>Filhos nascidos vivos ___ __ Abortos espontâneos ___ __ Abortos provocados/induzidos ___ __ Nascidos mortos ___ __</p>
<p>178. Se você (Sra.) teve mais de um filho, qual o intervalo de tempo entre as suas gestações. Anote no espaço correspondente se foram anos ou meses.</p>	<p>Anos ___ __ ou Meses ___ __ 99 <input type="checkbox"/> Só tive 1 filho</p>
<p>179. No começo da gravidez do seu primeiro filho que tipo de parto você queria ter?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Parto normal 2 <input type="checkbox"/> Parto cesárea 3 <input type="checkbox"/> Não tinha preferencia 9 <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>180. No final da gravidez do seu primeiro filho, próximo da data do parto, já havia decisão sobre o tipo de parto realizado?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, parto normal 3 <input type="checkbox"/> Sim, parto cesária 9 <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>181. De quem foi esta decisão?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Minha 2 <input type="checkbox"/> Do médico 3 <input type="checkbox"/> Conjunta 4 <input type="checkbox"/> Outra pessoa</p>
<p>182. Você pretende engravidar ou ter filho(s)?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não (PULE PARA QUESTÃO n° 185) 1 <input type="checkbox"/> Sim 9 <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>183. Quantos filhos você pretende ter?</p>	<p>Eu pretendo ter ___ __ filhos 9 <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>184. Que tipo de parto você pretende de ter?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Parto normal 2 <input type="checkbox"/> Parto cesárea 3 <input type="checkbox"/> Não tenho preferência 9 <input type="checkbox"/> Não sei</p>

dvd _
 micro _
 moto _
 secad _

146. Considerando o trecho da rua do domicílio da sua família, você diria que a rua é:	¹ <input type="checkbox"/> Asfaltada/Pavimentada ² <input type="checkbox"/> Terra/Cascalho	rua _
147. A água utilizada no domicílio de sua família é proveniente de?	¹ <input type="checkbox"/> Rede geral de distribuição ² <input type="checkbox"/> Poço ou nascente ³ <input type="checkbox"/> outro meio. Qual _____	agua _ oagua _ _

204. O QUE VOCÊ ACHOU DESSE QUESTIONÁRIO?

205. COMO O MESMO PODERIA SER MELHORADO?

MUITO OBRIGADO POR FAZER PARTE DA NOSSA PESQUISA!!!!

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PESSOAL

1. Idade
2. Cor da pele
3. Curso e período acadêmico
4. Atual situação conjugal
5. Quantos filhos você tem e qual a idade deles?
6. Você tem trabalho remunerado?
7. Tem plano de saúde?
8. Queria conversar contigo sobre suas gestações passadas, sobre sua experiência mais ampla. Quero focar também no processo de decisão e no momento do parto.

Experiências amplas sobre gravidez e nascimento

9. Me conta da sua gravidez, foi planejada, veio de surpresa? Você desejava?
10. Usavas algum método anticoncepcional? Qual? Como tu conheceu?
11. Foi a primeira gravidez? Tens outros filhos?
12. Como está composta a sua família? Com quem você mora?
13. E o pai da criança, mora contigo? Ele esteve presente na sua gravidez?
14. Na sua família, como são/ foram vivenciadas as gestações, a chegada de novos bebês, a criação dos filhos? É um assunto só de mulher ou os homens participam?
15. Que coisas/informações falam na sua família, e outras mulheres próximas a você, amigas, sobre gravidez, parto, bebês?
16. Como foi a experiência de parto/nascimento de outras mulheres próximas (familiares, amigas)? Conhece outras histórias? Essas mulheres compartilham as suas histórias?
17. O que você imaginava da gravidez e o que de fato foi vivenciando?

Características de assistência obstétrica

18. Houve intercorrências na sua gravidez?
19. Como foi o acompanhamento pré-natal? Com os profissionais de saúde? (puxar para que a entrevistada explique, para além de dizer se é bom ou não...)
20. Os profissionais falavam com você sobre sua gravidez além das coisas mais clínicas? Eles te transmitem informações suficientes (se sentia contemplada)
21. Você sentiu-se com liberdade para perguntar o que tivesse dúvida? Sentiu que eles te ouviam, te acolhiam?
22. Os profissionais de saúde/ obstetra falaram sobre o parto, com você?
23. Qual foi o aconselhamento que recebeu durante o pré-natal sobre o tipo de parto?
24. O pré-natal e o parto foram feitos com mesmo profissional?
25. Qual foi a sua preferência inicial pelo tipo de parto e por quê?
26. O pré-natal (e o parto) foi realizado na rede pública ou privada?

Assistência ao parto

27. Como foram os partos de pessoas próximas a você?
28. Isso interferiu na sua preferência?
29. Qual foi a via de parto final?
30. Como foi o processo de decisão?
31. Relate como foi seu parto?
 - 31.1- Onde você realizou o parto?
 - 31.2- Como foi a sua experiência de parto desde que chegou ao hospital até sair?
 - 31.3- Foi parto normal ou cesariana?

31.4- Como foi o atendimento dos profissionais?

31.5- Teve acompanhante? Você queria acompanhante? Foi o acompanhante que você queria?

31.6- Você se sentia confortável para fazer perguntas e contar como estava se sentindo para a equipe do hospital?

31.7- A equipe informava os procedimentos que iam ser feitos? Você sabia algo sobre os procedimentos realizados? Se mais de um filho, como foi cada um dos partos?

32. A sua experiência de parto foi parecida com o que você imaginava ou escutava de outras mulheres? Se não, o que foi diferente? Foi melhor, foi pior?

33. A sua experiência de gestação foi parecida com o que você imaginava ou foi diferente? Quais as diferenças?

34. De um modo geral, como você considera essa experiência, desde a descoberta da gravidez até o pré-natal e o parto/puerpério?

35. Se tivesse novo filho, qual seria o tipo de parto preterido? Por quais razões?

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(pesquisa quantitativa)**

Você está sendo convidado a participar voluntariamente do estudo intitulado **“Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018”**, o qual objetiva avaliar as condições de saúde dos universitários da área da saúde da Universidade de Rio Verde (UniRV). O conhecimento oriundo deste estudo poderá proporcionar informações importantes sobre as vulnerabilidades dos jovens universitários em relação à sua saúde.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, níveis Doutorado e Mestrado, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), situada em São Leopoldo (RS), tendo como pesquisadores responsáveis: o Professor Marcos Pascoal Pattussi (UNISINOS) e vários professores da UniRV que desenvolvem o seu Mestrado ou Doutorado nessa universidade.

Se você aceitar participar, responderá um questionário padronizado, pré-testado e autoaplicável, composto por cerca de 200 perguntas em aproximadamente 60 minutos. Esses dados serão digitalizados e posteriormente analisados estatisticamente.

Você tem plena liberdade de participar ou não deste estudo, assim como de desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa. Você não terá nenhuma recompensa nem despesa por sua participação

Os dados obtidos nos questionários serão confidenciais. O anonimato está garantido. Nenhum participante será identificado por seu nome ou matrícula, nem no banco de dados do computador, nem na divulgação dos resultados em eventos científicos e em revistas científicas da área. Os questionários ficarão sob guarda na UniRV por cinco anos e após esse período serão incinerados.

Os riscos em sua participação serão mínimos, podendo gerar algum desconforto ou constrangimento em responder alguma das questões, as quais você tem total liberdade para respondê-las ou não. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis por meio dos endereços e telefones abaixo relacionados.

Cabe ressaltar que o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS e da UniRV.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma para o participante e outro para o pesquisador.

Rio Verde, ____/10/2018

Assinatura do participante

Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável na UNISINOS: Prof. Marcos Pascoal Pattussi

Endereço: Av. Unisinos 950, Bairro Cristo Rei, 93022-750 - São Leopoldo-RS.

Telefone: (51) 35911230. E-mail: mppattussi@unisinos.br

Pesquisador Responsável na UniRV: Berenice Moreira

Endereço: R. Rui Barbosa No. 3, Centro, Rio Verde-GO.

Telefone: (64) 35221446. E-mail: cep@unirv.edu.br

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –
(PESQUISA QUALITATIVA)**



Você está sendo convidado a participar voluntariamente do estudo intitulado **“Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018”**, o qual objetiva avaliar as condições de saúde dos universitários da área da saúde da Universidade de Rio Verde (UniRV). O conhecimento oriundo deste estudo poderá proporcionar informações importantes sobre as vulnerabilidades dos jovens universitários em relação à sua saúde.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, níveis Doutorado e Mestrado, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), situada em São Leopoldo (RS), tendo como pesquisadores responsáveis: o Professor Marcos Pascoal Pattussi (UNISINOS) e vários professores da UniRV que desenvolvem o seu Mestrado e Doutorado nessa universidade.

Se você aceitar, participará de uma entrevista, que consiste em uma conversa que terá um roteiro-guia abordando questões relacionadas a sua experiência de parto, que durará em torno de 40 minutos. A entrevista será gravada com seu consentimento e posteriormente transcrita para fins da análise. Você tem plena liberdade de participar ou não deste estudo, assim como de desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa. Você não terá nenhuma recompensa nem despesa por sua participação.

Os dados obtidos na entrevista serão confidenciais. O anonimato está garantido.

Nenhum participante será identificado por seu nome na divulgação dos resultados em eventos e em revistas científicas da área. Os dados ficarão sob guarda na UniRV por cinco anos e após esse período serão incinerados.

Os riscos em sua participação serão mínimos, podendo gerar algum desconforto ou constrangimento em responder alguma das questões, as quais você tem total liberdade para

respondê-las ou não. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis por meio dos endereços e telefones abaixo relacionados.

Cabe ressaltar que o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS e da UniRV. Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma para o participante e outro para o pesquisador.

_____, ____/____/____

Assinatura do participante

Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável na UNISINOS: Prof. Marcos Pascoal Pattussi
Endereço: Av. Unisinos 950, Bairro Cristo Rei, 93022-750 - São Leopoldo-RS.
Telefone: (51) 35911230. E-mail: mppattussi@unisinos.br

Pesquisador Responsável na UniRV: Berenice Moreira
Endereço: R. Rui Barbosa No. 3, Centro, Rio Verde-GO.
Telefone: (64) 35221446. E-mail: cep@unirv.edu.br

PARTE II – RELATÓRIO DE CAMPO

SUMÁRIO

1 RELATÓRIO DE CAMPO	51
2 PESQUISA QUANTITATIVA.....	52
2.1 PRODUÇÃO DE DADOS	52
2.2 ANÁLISE DOS DADOS	54
3 PESQUISA QUALITATIVA	58
REFERÊNCIAS	62

1 RELATÓRIO DE CAMPO

A presente pesquisa faz parte de um projeto original realizado pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Do Vale Do Rio Dos Sinos – UNISINOS em parceria com a Universidade de Rio Verde (UniRV), que tem como pesquisadores professores efetivos e comissionados da Universidade de Rio Verde- UniRV regularmente matriculados no respectivo Programa de Pós-graduação.

O interesse do tema da pesquisa veio por ser algo vivido na minha prática profissional como médica obstetra, pela percepção da importância e relevância do processo de decisão da via de parto na população em estudo. Os resultados podem repercutir em projetos educativos futuros para a população acadêmica em geral, tendo como destino final a produção de informações e conhecimento orientada às mulheres que vivenciarão o parto.

Para responder aos questionamentos envolvidos no processo de decisão do parto optou-se por realizar em conjunto pesquisa quantitativa e qualitativa.

A produção de dados quantitativa foi realizada inicialmente de forma simultânea para toda a turma de mestrado e doutorado envolvida na parceria Unisinos – UniRV, a partir de um único instrumento de pesquisa (questionário) para todos os desfechos estudados pelos pesquisadores, onde os participantes responderam o questionário contendo diferentes abordagens referente às condições de saúde. Através dos dados fornecidos pelo questionário, avancei na pesquisa qualitativa utilizando como técnica a entrevista semiestruturada, direcionada para acadêmicas que tiveram filhos, para meu objetivo específico de pesquisa.

Neste estudo foram produzidos dados sobre as características de saúde dos discentes dos cursos da área da saúde da UniRV: dados demográficos, variáveis socioeconômicas, nutricionais, hábitos de vida em geral, hábitos alimentares, morbidades, acesso a serviços de saúde, apoio social, dentre outros.

2 PESQUISA QUANTITATIVA

A coleta de dados através do questionário (pesquisa quantitativa) contou com 16 mestrandos, 10 doutorandos sob o acompanhamento direto de cada orientador e a coordenação do projeto realizada pelo Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi.

Foi elaborado um projeto geral intitulado “Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018” que obteve parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS e da UniRV com nº. 2.905.704 que contempla o delineamento, os objetivos e as justificativas de todos os desfechos estudados.

De forma paralela à construção do questionário, foi elaborado um manual de instruções tendo como finalidade orientar a equipe de campo (Mestrandos e Doutorandos), sobre o processo de coleta de dados e possíveis dúvidas. Para a logística da execução de trabalho de campo, os pesquisadores se dividiram em grupos de acordo com cada Campi, curso graduação e período de graduação da UniRV.

Foram realizados dois treinamentos em quatro dias em turnos diferentes na UniRV. Em ambos foram abordados os aspectos gerais da pesquisa. Todas as questões foram lidas e explicadas conforme o manual de instruções do instrumento de coleta de dados, sendo sanadas eventuais dúvidas, e cronometrando o tempo gasto com a leitura para a aplicação do instrumento. Cada pesquisador responsabilizou-se pela apresentação das suas questões e alguns expuseram questões gerais.

Para a realização do estudo piloto, foram selecionados, por conveniência, três turmas do 10º período do curso de graduação em Direito do turno noturno da UniRV. Este estudo piloto teve por finalidade identificar possíveis falhas ainda presentes no instrumento do estudo e realizar adequações na forma de aplicação.

2.1 PRODUÇÃO DE DADOS

No período de 12 a 23 de outubro foi realizado a divulgação da pesquisa, sendo disponibilizado no site da UniRV (www.unirv.edu.br) e no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) todas as informações referentes a esta pesquisa e o período de coleta de dados a ser realizada pelos pesquisadores, enfatizando a importância da realização do estudo e, especialmente, da participação dos universitários selecionados.

O trabalho de campo teve início no dia 19 de novembro e finalizado no dia 07 de dezembro de 2018, os pesquisadores foram divididos em conformidade ao Campi de trabalho como professor, e a distribuição dos questionários foi feita de forma coerente com a quantidade de acadêmicos em cada período de graduação.

Todo o trabalho de campo foi realizado somente pelos pesquisadores, tendo durante a aplicação em cada período do curso de graduação pelo menos 1 mestrando e 1 doutorando, que realizaram o procedimento padrão determinado para este estudo.

Após a finalização de cada aplicação foi realizado o preenchimento das planilhas para verificação das perdas do tipo ausência e possibilidade de retorno, estes que ocorreram duas vezes, sendo uma sete (7) dias após a aplicação no mesmo horário e local da primeira aplicação e caso houvesse ainda alguma perda foi enviando um comunicado no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) dos acadêmicos que após 7 dias da segunda tentativa seria realizado a aplicação deste questionário em uma sala e horário pré determinada por cada direção de curso de graduação.

O controle das aplicações dos questionários foi realizado uma vez por semana por todos os pesquisadores em uma planilha compartilhada no Drive do e-mail individual, onde cada pesquisador preenchia o número de questionários aplicados, o curso de graduação, o período de graduação, dados estes em conformidade com os códigos destinados a cada campi, curso e período, foi também informando o número de perdas e recusas e o total de universitários elegíveis ainda não encontrados.

Ao finalizar a coleta de dados obteve-se 2264 universitários respondentes, com 2256 questionários completos, 11 incompletos e em relação ao total de perdas foram 356, sendo 353 ausentes, 8 recusas e 2 desistências.

Foram consideradas perdas ou recusas aqueles universitários que não foram localizados ou que se recusaram a participar do estudo, após, três possibilidades de encontros com os pesquisadores.

Os dados foram digitados em dupla entrada por meio do programa Epi Data com o objetivo de se corrigir erros de digitação. A consistência e a análise dos dados foram realizadas no software Stata versão 13.0 (StataCorp, College Station, TX, USA).

2.2 ANÁLISE DOS DADOS

Na etapa quantitativa trabalhamos com os dados gerados por meio da pesquisa aplicada às estudantes da área da saúde da UniRV dos três campi. Elaboramos sete associações de variáveis com a preferência por tipo de parto:

- 1- Preferência por tipo de parto normal e cesárea;
- 2- Preferência por tipo de parto de acordo com a idade;
- 3- Preferência por tipo de parto de acordo com estado civil;
- 4- Preferência de parto de acordo com a cor da pele;
- 5- Preferência de parto de acordo com a classe econômica;
- 6- Preferência de parto de acordo com o curso;
- 7- Preferência por tipo de parto - mulheres com e sem filhos.

Dessas, escolhemos 5 para fins do artigo por apresentar dados interessantes para discussão.

Tabela 1- Preferência por tipo de parto normal e cesárea

	N	% PARTO NORMAL	% PARTO CESÁRIA
PARTO	1042	40,8	59,2

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 2- Preferência por tipo de parto de acordo com a idade

	N	%	% PARTO NORMAL	% PARTO CESÁRIA
IDADE				
18 a 20	198	19	39,9	60,1
21 a 22	347	33	41	59
23 a 24	282	27	42	58
>= 25	215	20	39	60

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 3- Preferência de parto de acordo com a cor da pele

	N	%	PARTO NORMAL	%PARTO CESÁRIA	P
COR DA PELE					
BRANCO	602	57,8	38,9	61,1	0,26
PRETO/PARDO	396	38	43,9	56,1	
OUTROS	44	4,2	38,6	61,4	

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 4- Preferência de parto de acordo com a classe econômica

	N	%	% PARTO NORMAL	%PARTO CESÁRIA	P
CLASSE ECONÔMICA					
A	425	40,8	37,4	62,6	0,14
B	468	44,9	43,8	56,2	
C	122	11,7	42,6	57,4	

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 5- Preferência de parto de acordo com o curso

	N	%	% PARTO NORMAL	%PARTO CESÁRIA	P
CURSO					
MEDICINA	732	70,2	38,9	61,1	0,03
ODONTOLOGIA	231	22,1	41,9%	58,1%	
OUTROS	81	7,7	53,8%	46,3%	

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 6 - Preferência de parto de acordo com o curso

CURSO	N	%	% PARTO NORMAL	%PARTO CESÁRIA
MEDICINA	732	70,2	38,9	61,1
ODONTOLOGIA	231	22,1	41,9%	58,1%
OUTROS	81	7,7	53,8%	46,3%

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 7- Preferência por tipo de parto - mulheres com e sem filhos

	N	%	% PARTO NORMAL	%PARTO CESÁRIA
Mulheres sem filhos	1007	96,6	40,9	59,1
Mulheres com filhos	35	3,4	37,1	62,9

Fonte: Elaborada pela autora

Os números acima corroboram com o embasamento teórico que apresentamos ao longo desta pesquisa e confirmam o que outras pesquisas têm apresentado: é maior a preferência por cesáreas (59,2%) entre as estudantes, assim como também é maior a quantidade de cesáreas feitos no país.

Com relação à cor de pele há uma maior preferência entre as estudantes brancas por cesárea (61,1%). A análise entre negras (somando pretas e pardas) e brancas mostra uma diferença de 5%. Durante esta pesquisa buscamos referencial teórico a respeito dessa associação, porém a bibliografia é quase escassa. Mas um estudo feito, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, revelaram que a taxa de cesarianas é, potencialmente, maior em mulheres de cor de pele branca quando comparadas às de pele negra (MELLER & SCHAFER, 2011). Esses resultados foram semelhantes aos encontrados na presente investigação, os quais demonstraram que a chance de realizar parto cesariana foi maior em mulheres brancas quando comparadas às mulheres não brancas.

Na tabela que associa a classe econômica, observamos a maior preferência por cesárea entre as estudantes que se autodeclararam ser classe A, com maior poder aquisitivo. Isso nos leva acreditar que o poder aquisitivo pode influenciar no processo de decisão.

A tabela que traz a preferência por tipo de parto com relação ao curso da estudante é a que revelou a maior diferença entre os índices. No curso de Medicina 72,4% das acadêmicas preferem cesárea, assim como em odontologia. Os outros cursos da saúde agrupados têm uma preferência maior por parto normal.

Por fim, a última tabela é uma das mais representativas para esta pesquisa pois nos dá subsídios para análise qualitativa. Entre as mulheres que tem filhos, 62,9% responderam que tem preferência pela cesárea. A partir deste universo realizamos outros procedimentos técnicos e metodológicos (as entrevistas) para nos ajudar a compreender quais os fatores influenciaram no processo de decisão.

3 PESQUISA QUALITATIVA

Nesta etapa da pesquisa analisamos como se dá o processo de decisão pela via de parto, relacionando-o com dimensões que contribuíram para o desfecho em determinado tipo de parto. A interpretação dos dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas, nos mostrou os motivos que influenciaram no processo da tomada de decisão pelo tipo de parto.

A partir do corpus de 35 mulheres que se autodeclararam com filhos, que responderam ao questionário da primeira etapa da pesquisa, foram selecionadas 10 universitárias, do campus Rio Verde. Por meio de consulta na unidade acadêmica do campus de Rio Verde, com a colaboração dos professores, chegamos a estas estudantes, que apresentaram interesse em participar dessa segunda etapa (entrevistas).

Nesta fase da pesquisa qualitativa utilizamos a técnica de entrevista semiestruturada individual, que foi conduzida a partir de um roteiro (Apêndice B/ Projeto de pesquisa). As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente (MINAYO, 2002).

O roteiro da entrevista abordou temas de saúde reprodutiva, preferência de tipo de parto antes do nascimento, processo de decisão sobre o tipo de parto, e experiência de parto. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico da entrevista foi entregue e lido junto com as entrevistadas logo no início de cada encontro.

As entrevistas foram realizadas em diversos lugares, entre os dias 26 de setembro e 29 de outubro de 2019. Seis, das dez entrevistas, aconteceram dentro do campus Rio Verde. Uma entrevista ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), lugar onde ela iria iniciar atividade acadêmica naquele dia e duas outras na casa das entrevistadas. As entrevistas tiveram uma duração média de quarenta minutos. As acadêmicas eram convidadas para uma conversa de forma descontraída e informal, para então ser abordado o tema do encontro. Todas leram e assinaram o TCLE, não teve nenhuma recusa durante as entrevistas. As entrevistadas tiveram um bom envolvimento, expressando ficar lisonjeadas por participar da pesquisa.

Abaixo são apresentadas algumas características das entrevistadas.

Acadêmica 1, 21 anos cursando o oitavo período de fisioterapia, desejava inicialmente parto vaginal, o mesmo foi alcançado na rede pública e em uma próxima gestação optaria por parto vaginal domiciliar (onde teria sua própria equipe, e teria um parto com menos intervenções). Ela é divorciada e mora com o filho e uma irmã. Esta estudante desde o início

da gestação manifestou interesse pelo parto vaginal e assim o fez, o que a motivou foram diálogos com grupos de mães e sua doula.

Acadêmica 2, 32 anos, parda, atualmente mora com uma filha do atual casamento e o esposo, está cursando oitavo período de enfermagem. Desejava cesárea no início da primeira gravidez, os dois nascimentos foram por cesariana, sendo realizados no serviço público, e se tivesse intenção de nova gestação ainda optaria por outra cesárea, principalmente porque tentaria realizar esterilização cirúrgica.

Acadêmica 3, parda, 20 anos cursando sexto período de enfermagem, sua família é constituída por seu filho e esposo, em sua gravidez tinha 17 anos, possuía plano de saúde, desejava cesárea, porém, realizou parto vaginal no serviço público, e escolheria para uma próxima gravidez o parto vaginal. O que mais fez optar pela cesariana foi influências familiares e obstétrica.

Acadêmica 4, 23 anos, parda, mora com esposo e o filho de 4 anos de idade, está cursando oitavo período de fisioterapia, e não está trabalhando no momento. Desejava cesárea na primeira gravidez, realizou a cesárea na rede pública, e está grávida novamente desejando ainda a mesma via de nascimento. O que a fez decidir pela cesárea foi principalmente referências familiares.

Acadêmica 5, 20 anos, solteira, branca, está cursando sétimo período de medicina, sua família se constitui por seu filho e os pais, mas mora apenas com o filho por função dos estudos. Desejou cesárea, e realizou o mesmo parto no serviço particular, porém optaria por via de parto vaginal. Optou pelo parto cesárea devido influências de amigos e familiares, mas por pensar nos benefícios do parto normal como melhor recuperação repensaria sua nova via de parto.

Acadêmica 6, 42 anos, branca, em sua casa moram suas duas filhas, esposo e os pais, está cursando nono período de odontologia, desejou via de parto cesariana nas duas gestações, sendo realizadas duas cesarianas, sendo a última associada com laqueadura tubária. Se optasse por nova gravidez o nascimento seria por cesárea. Foi categórica em afirmar o desejo de cesariana por decisão própria, e que o medo do parto normal foi relevante nesta decisão.

Acadêmica 7, 40 anos, no momento trabalha e vive com os dois filhos e o esposo, está cursando quinto período de odontologia, pensava na cesárea, a mesma foi realizada nas suas duas gestações na rede particular, e se fosse ter mais um filho ainda seria por cesariana. Este desejo de parto vem das influências do médico obstetra, e o fator medo também existiu como critério importante no primeiro parto.

Acadêmica 8, 37 anos cursando fisioterapia, desejava parto vaginal na primeira gravidez, realizou o parto vaginal na rede particular, no Japão, está grávida no momento (25 semanas) e desejando um novo parto vaginal. Ela se considera branca e tem uma união estável atualmente. A acadêmica trabalha em uma unidade Sest Senat. O motivo que a levou a decidir pelo parto normal está no próprio conhecimento dos benefícios do parto como influências familiares.

Acadêmica 9, branca, solteira, mora com a filha e os pais, está cursando o oitavo período de medicina, não teve a participação do pai de sua filha durante a gravidez, desejou cesárea na gravidez, sendo realizado em serviço particular, e teve sua decisão influenciada por sua mãe. E em uma próxima gravidez programaria parto vaginal de forma mais humanizada.

Acadêmica 10, 27 anos, parda, está atualmente solteira morando com sua filha, mãe e dois irmãos, cursa o sétimo período de medicina, desejou cesárea na gravidez, que ocorreu na rede particular. E na próxima gestação desejaria nova cesariana. As influências para esta decisão vieram principalmente por meio de amigos e familiares.

Posteriormente à transcrição das gravações das entrevistas individuais, foi realizada Análise de Conteúdo, com leitura atenta dos textos transcritos, catalogação dos trechos mais representativos da entrevista, criação de eixos, e a análise e elaboração de sínteses interpretativas.

O artigo com os resultados desta pesquisa analisa dados do ponto de vista da saúde das mulheres, e revela não só a preferência pelo tipo de parto entre as acadêmicas da Universidade de Rio Verde, como também quais fatores influenciaram nas decisões. A partir de metodologia de pesquisa mista, produzimos respostas para nossa hipótese inicial.

Durante as entrevistas observamos que havia representações negativas em relação ao parto normal. Estes discursos circulam nos âmbitos de socialização (família e mulheres próximas). Ao mesmo tempo, notou-se que circulam ideias positivas de parto humanizado (entre grupo de mulheres, doulas, redes sociais), geralmente em âmbitos que destacam o protagonismo feminino na parturição.

Os profissionais, principalmente médicos obstetras, também tiveram destaque na pesquisa corroborando com outros estudos. Este profissional apareceu como uma figura de autoridade na medida em que “controla os riscos”, no topo da hierarquia profissional biomédica, por meio modelo hegemônico de nascimento. Embora não tenha sido aprofundado nas falas das entrevistadas, podemos entender que ser acadêmica dos cursos da saúde pode ter influência na

decisão pela via de parto. Tanto nos dados quantitativos quanto nos qualitativos, observou-se que as acadêmicas do curso de medicina e odontologia (podendo somar a enfermagem com a pesquisa qualitativa) se mostraram mais adeptas à cesárea. As acadêmicas do curso de fisioterapia são as que se mostraram mais em sintonia com o parto normal, assim como mais próximas de âmbitos de circulação e valorização das propostas de humanização.

Por fim, enquanto pesquisadora e profissional da saúde, chego a este ponto da pesquisa mais consciente ainda do papel do médico obstetra, da importância das políticas públicas de saúde que envolvem o acesso a informações e certa de que é possível estabelecer novas estratégias que possam somar ao trabalho preconizado pelo Ministério da Saúde na melhoria da assistência à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

MELLER, F. O.; SCHÄFER, A. A. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 16, Rio de Janeiro, 2011.

MINAYO, M. C. *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.