



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARCELA CASTILHO

**RESPEITO À PREFERÊNCIA DAS MULHERES PELA VIA DE
PARTO:
ESTUDO DE CASO-CONTROLE**

Londrina
2022

MARCELA CASTILHO

**RESPEITO À PREFERÊNCIA DAS MULHERES PELA VIA DE
PARTO:
ESTUDO DE CASO-CONTROLE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

C352r Castilho, Marcela.
Respeito à preferência das mulheres pela via de parto: estudo de caso-controle / Marcela Castilho. - Londrina, 2022.
70 f.

Orientador: Edilaine Gionavini Rosetto.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Preferência respeitada - Tese. 2. Parto vaginal - Tese. 3. Cesariana - Tese. 4. Puérperas - Tese. I. Gionavini Rosetto, Edilaine . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

MARCELA CASTILHO

**RESPEITO À PREFERÊNCIA DAS MULHERES PELA VIA DE
PARTO:
ESTUDO DE CASO-CONTROLE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Edilaine Giovanini Rossetto
Universidade Estadual de Londrina (UEL) - PR

Profª Drª Tatiane Herreira Trigueiro
Universidade Federal do Paraná – PR

Profª Drª Catia Campaner Ferrari Bernardy
Universidade Estadual de Londrina (UEL) - PR

Londrina, 30 de maio de 2022.

DEDICATÓRIA

*À DEUS que tem me conduzido à
caminhos sublimes e me protegido
como a menina dos seus olhos.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade, por ter me amparado nos momentos de maior dificuldade e ter iluminado o caminho percorrido.

À minha orientadora, professora Dra. Edilaine Giovanini Rosseto, que comigo compartilhou seu tempo, conhecimento e experiência. Sou muito grata por teres me permitido e me impulsionado a buscar novas inspirações em relação à pesquisa e à docência.

Aos amigos Suzany Pimenta, Camila Leite, Graceliz Aparecida Cibello e Rebeca Marinho que estiveram presentes nos momentos de dificuldade, sempre prontas e disponíveis.

Ao querido amigo e companheiro de caminhada Paulo Gedeão Mendes que sempre me motivou a buscar o conhecimento e esteve presente em todos os momentos importantes de minha vida.

Ao Dr Carlos Maria Luna Pastore, fonte de inspiração na área obstétrica. Grata por todos ensinamentos e pelo exemplo de profissional comprometido e zeloso.

Ao Douglas pela paciência em me auxiliar na análise estatística e por ter compartilhado comigo seu conhecimento. Grata por ter conhecido pessoa de tamanha humildade e generosidade.

Às acadêmicas do curso de enfermagem da FANORPI pela ajuda na coleta de dados.

Aos Professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, fonte de inspiração.

À banca que prontamente aceitou o convite de contribuir com meu desenvolvimento na área da Saúde da Mulher.

À minha querida mãe (in memoriam) primeira pessoa que incentivou meus estudos.

CASTILHO, Marcela. **Respeito a preferência das mulheres pela via de parto: estudo de caso-controle.** Defesa de Mestrado – Universidade Estadual de Londrina. Santo Antônio da Platina, 2022.

RESUMO

O Estado do Paraná sancionou, em 2020, a Lei N° 20.127 que confere à mulher o direito de optar pela realização de cesariana eletiva, afim de fortalecer as ações de proteção à saúde da mulher e prevenção de violência obstétrica. Entretanto, no Brasil, as operações cesarianas tornaram-se o modo de nascimento mais comum, com taxas de 57,1% que se encontram muito distantes dos 10% a 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde. Diante desta realidade e suas possíveis complicações e riscos torna-se justificável: 1) explorar a preferência das mulheres sobre a via de parto; 2) em que proporção essas mulheres são respeitadas em sua preferência; 3) fatores associados a esse evento no sistema público de saúde. O objetivo foi analisar em que proporção as mulheres foram respeitadas quanto à preferência pela via de parto e os fatores associados ao respeito à preferência da mulher. Trata-se de um estudo do tipo caso-controle, em que os casos foram representados pela variável desrespeito sobre a via de parto preferida pela mulher e os controles pela preferência respeitada. Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2021 no Hospital Referência da 19ª Regional de Saúde Paraná. A amostra foi composta por 206 puérperas hospitalizadas por ocasião do parto. Os dados foram obtidos por meio de entrevista e analisados em programa estatístico (SPSS). Os resultados mostraram que o perfil da população estudada foi majoritariamente composto por mulheres jovens, multíparas, com mais de 9 anos de estudos, com companheiro e gestação não planejada. Referente as características obstétricas, 75,2% das mulheres tiveram seus filhos de parto vaginal, 24,8% de cesariana, a maioria eram multíparas e com história de parto vaginal. Os resultados mostraram que 84,1% tiveram a preferência respeitada na opção pelo parto vaginal e 15,9%, foram respeitadas na sua preferência pela cesariana. A análise estatística demonstrou que ter tido parto vaginal protegeu a mulher de ser desrespeitada em sua preferência em 49% e não ter tido parto vaginal anterior aumentou em 37% as chances da mulher ser desrespeitada em sua preferência. Dentre os fatores com maior força de associação entre as variáveis estudadas e o respeito a preferência das mulheres pela via de parto, o tipo de parto ocorrido, a experiência anterior com parto vaginal, influência do parto anterior e preferência pelo parto no final da gestação apresentaram associação. A Lei 20.127/2020 não foi um fator que impactou na preferência das mulheres pela via de parto. O estudo nos permitiu concluir que: 1) as mulheres demonstraram maior preferência pelo parto vaginal; 2) o respeito à sua preferência está associado à via de parto escolhida, demonstrando que as mulheres foram proporcionalmente mais desrespeitadas quando sua preferência pela cesariana; 3) Quanto aos demais fatores associados ao respeito pela via de parto os resultados confirmam a importância da experiência prévia das mulheres com parto vaginal.

Descritores: puérperas; preferência respeitada; cesárea; parto vaginal.

CASTILHO, Marcela. **Respect women's preference for the mode of delivery: a case-control study 2022.** Master's Defense – State University of Londrina. Saint Anthony of Platinum, 2021.

ABSTRACT

The State of Paraná enacted Law No. 20127, which gives women the right to opt for elective cesarean section in order to strengthen actions to protect women's health and prevent obstetric violence. However, in Brazil, cesarean sections have become the most common mode of birth, with rates of 57.1%, which are far from the 10% to 15% recommended by the World Health Organization. Given this reality and its possible complications and risks, it becomes justifiable: 1) to explore women's preference for the mode of delivery; 2) what extent these women are respected in their preference; 3) as well as factors associated with this event in the public health system. The objective was to analyze to what extent women were respected regarding their preference for the mode of delivery and the factors associated with respect for the woman's preference. This is a case-control study, in which the cases were represented by the variable disrespect for the woman's preferred mode of delivery and the controls by the respected preference. Data were collected from June to September 2021 at the Hospital Regional do Norte do Paraná, a reference for the municipalities of the 19th Health Regional of Jacarezinho. The sample consisted of 206 postpartum women hospitalized at the time of delivery. Data were obtained through interviews and analyzed using a statistical program (SPSS). The results showed that the profile of the population studied was mostly composed of young, multiparous women, with more than 9 years of schooling, with a partner and unplanned pregnancy. Regarding the obstetric characteristics, 75.2% of the women had their children by vaginal delivery, 24.8% by cesarean section, most were multiparous and had a history of vaginal delivery. The results showed that 84.1% had their preference respected in the option for vaginal delivery and 15.9% were respected in their preference for cesarean section. Statistical analysis showed that having had a vaginal delivery protected the woman from being disrespected in her preference by 49% and not having had a previous vaginal delivery increased the chances of a woman being disrespected in her preference by 37%. Among the factors with the strongest association between the variables studied and respect for women's preference for the mode of delivery, the type of delivery, previous experience with vaginal delivery, influence of previous delivery and preference for delivery at the end of pregnancy showed Association. Law 20.127/2020 was not a factor that impacted women's preference for the mode of delivery. The study allowed us to conclude that: 1) women showed a greater preference for vaginal delivery; 2) respect for their preference is associated with the chosen mode of delivery, demonstrating that women were proportionately more disrespected when their preference for cesarean section; 3) As for the other factors associated with respect for the mode of delivery, the results confirm the importance of women's previous experience with vaginal delivery.

Descriptors: postpartum women; respected preference; cesarean section; vaginal delivery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo preditivo para escolha da via de parto	38
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e obstétrica da amostra. Santo Antônio da Platina, PR, Brasil	36
Tabela 2: Preferência das mulheres pelo parto no início e final da gestação. Santo Antônio da Platina, PR, Brasil, 2021	37
Tabela 3: Distribuição (n e %) de casos e controles, odds ratios, intervalo de confiança e <i>p</i> valor da análise binária e multivariada das variáveis sociodemográficas. Santo Antônio da Platina, PR, Brasil, 2021	39
Tabela 4: Distribuição (n e %) de casos e controles, odds ratios, intervalo de confiança e <i>p</i> valor da análise binária e multivariada das variáveis obstétricas. Santo Antônio da Platina, PR, Brasil, 2021	40
Tabela 5: Distribuição (n e %) de casos e controles, odds ratios, intervalo de confiança e <i>p</i> valor da análise binária e multivariada das variáveis relacionadas a preferência pelo parto. Santo Antônio da Platina, R2021	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Conceitos obstétricos e seus parâmetros para classificação das cesarianas.....	26
Quadro 2: Classificação de Robson (ou em 10 grupos) para as cesarianas.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras.
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
IST	Infecção sexualmente transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
NBR	Norma Brasileira Regulamentadora
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OpenEpi	Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PR	Paraná
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Justificativa	21
1.2	Hipótese.....	22
2	REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1	Breve histórico das Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil	23
2.2	A escolha pelo tipo de parto	25
2.3	História da cesariana no país	26
3	OBJETIVOS	30
3.1	Objetivo geral.....	30
3.2	Objetivos específicos	30
	MÉTODOS	31
4.1	Delineamento do estudo	31
4.2	Local e período de coleta de dados	31
4.3	Amostragem e fonte de dados.....	32
4.4	Estudo piloto	32
4.5	CrITÉRIOS de elegibilidade.....	33
4.6	Procedimentos éticos	33
4.7	Instrumento de Coleta de dados.....	34
4.8	Descrição das variáveis de análise.....	34
4.8.1	Características Sociodemográficas	34
	As categorizações das variáveis sociodemográficas foram definidas de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2010) e compreenderam:.....	34
	- Idade materna: variável numérica.	34
	- Raça/cor da pele: Foi auto-referida pela mulher e foram categorizadas em: branca, preta, parda, amarela e indígena. Posteriormente reduzidas em raças branca e não branca.....	34
4.8.2	Variáveis obstétricas.....	35
4.8.3	Fatores relacionados à preferência quanto a via de parto.....	35

4.8.4	Fatores associados a preferência pela via de parto e uso da Lei 20127/2020;.....	36
4.9	Processamento e análise de dados.....	36
5	RESULTADOS	37
6	DISCUSSÃO	44
	CONCLUSÃO	49
	REFERÊNCIAS	50

APRESENTAÇÃO

Faço aqui um breve relato da minha história acadêmica e profissional. Me graduei em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) com início do curso no ano de 2002 e término em 2005. Em janeiro de 2006 iniciei minha carreira profissional como enfermeira no Hospital São Sebastião, no município de Wenceslau Braz, local de moradia de minha família. Após 1 ano de trabalho fui aprovada em concurso público na cidade vizinha, município de Pinhalão, e em 2007 assumi uma Unidade de Saúde Central e também o Serviço de Vigilância Epidemiológica. Passei por várias capacitações na área epidemiológica, imunização e no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, hepatites virais, sífilis e HIV. Pela necessidade advinda do trabalho realizei cursos extensos de capacitação na área de hanseníase e tratamento de úlceras crônicas e me tornei monitora em cursos de tratamento de feridas ofertados pela 19ª Regional de saúde de Jacarezinho. Após 1 ano de trabalho na UBS iniciei no atendimento ao Pré-natal de baixo risco sob os ensinamentos do obstetra Dr Carlos Maria Luna Pastore, grande profissional pela sua qualidade técnica e humana. Ainda no ano de 2007 iniciei pós-graduação em Saúde Coletiva e da família pela UNIFIL de Londrina. Concomitantemente fui aprovada em mais dois concursos públicos, porém optei por permanecer no município de Pinhalão. No ano de 2016 iniciei curso de Pós-graduação em Enfermagem obstétrica com estágio obrigatório por um período de 12hs diárias por 30 dias consecutivos na Maternidade Bairro Novo do município de Curitiba. O estágio me proporcionou maior aproximação com o parto humanizado conduzido por enfermeiras obstétricas e me inspirou a modificar as condutas de parto no município de Pinhalão. A partir da vivência do estágio condutas mais humanizadas de parto foram adotadas na maternidade de Pinhalão com o apoio do Dr Carlos Maria Luna Pastore, que investiu em compra de materiais (bolas e cadeirinha de parto para parto de cócoras) para favorecer o trabalho de parto mais humanizado e com condutas não farmacológicas para alívio da dor. Novas condutas foram adotadas como massagem, adoção da penumbra, musicaterapia, variedades de posições no parto, introdução do acompanhante no trabalho de parto e parto e não mais a realização de episiotomia. Me mantive à frente da

saúde da Mulher no município por 15 anos. Atualmente sou secretária municipal de saúde no município de Pinhalão e há um ano e 4 meses estou coordenando as políticas públicas locais e gerenciando os recursos financeiros do município. Com o desejo de continuar os estudos me matriculei no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem, na condição de estudante regular do curso de Mestrado no ano de 2020 na Universidade Estadual de Londrina e foi aprovada no processo de seleção. Após iniciado o curso busquei por um assunto que pudesse contribuir com minha prática de trabalho e com dados da região de saúde a qual estou inserida. Os resultados serão apresentados para a 19ª regional de saúde, mostrados para a direção da Maternidade que cedeu campo para coleta de dados da pesquisa e também serão divulgados no meio científico. Durante o mestrado surgiu a oportunidade de participar do grupo de pesquisa Núcleo de estudos em neonatologia, inovação e tecnologia em amamentação (NENITA) coordenado pela Professora Edilaine Gionavini Rosseto o qual me proporcionou maior aproximação com o estudo científico e me possibilitou conviver com pessoas com ampla experiência na pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são acontecimentos únicos, de grande significado e carregado de emoções na vida das mulheres. A forma como se dá a vivência do nascimento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas na vida da mulher e para seu contexto familiar. Protagonizar a mulher na vivência do parto é uma política pública de saúde que ao longo da história tem sido construída para vivências mais humanizadas no processo de nascer e melhorar indicadores de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2017; LIMA, 2020).

Nas últimas décadas o Brasil experimentou mudanças no padrão de nascimento, nas quais as cesarianas tornaram-se o modo de nascimento mais comum, mesmo com políticas favoráveis ao parto vaginal e evidências científicas dos benefícios desta via de nascimento (BRASIL, 2017; WHO, 2015). Dados do Datasus (2021) mostram que as taxas de cesárea atingem 57,10% dos nascimentos no Brasil, com discrepâncias entre o sistema público e saúde suplementar e nas diversas regiões. Estes indicadores estão muito distantes dos 10% a 15% considerados adequados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e contrastam com as diretrizes desta organização, que compreendem o parto como um evento fisiológico e natural (BRASIL, 2017; WHO, 2015).

Na Europa, a taxa de cesárea oscila entre 20 a 22% e nos Estados Unidos o índice é de 32,8% ao ano. O ranking ainda é liderado pelo Brasil conforme aponta a OMS (WHO, 2015).

Segundo Riscado (2016), Pereira (2018) e WHO (2015) não há evidências científicas que a cesárea sem indicação adequada traga benefícios, além de constituir um problema de saúde que impacta em elevados custos para o sistema público que é financeiramente defasado.

Impulsionado pelos altos índices de cesáreas e suas consequências, desde a década de 80 o Ministério da Saúde instituiu políticas públicas voltadas à modificação da assistência obstétrica, na perspectiva da humanização e dos direitos reprodutivos. Esse novo olhar legitima o protagonismo da mulher nas decisões relacionadas ao seu próprio corpo, inclusive o tipo de parto ao qual será submetida (MARTINS, 2017; SANTOS, 2016; PEREIRA, 2018).

O Estado do Paraná também acompanhou ações voltadas à saúde materno-infantil. Inspirado pelo Programa Mãe Curitibana, implantou em 2012 o Programa Rede Mãe Paranaense, que dentre seus objetivos está a redução da mortalidade materno-infantil. Mais adiante, pautada no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos a Assembleia Legislativa do Estado decretou e sancionou a Lei N° 20.127 em 15 de janeiro de 2020, que altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018. Esta última dispõe sobre e a violência obstétrica, garantia dos direitos das gestantes e da parturiente e tem como objetivo promover as boas práticas obstétricas, baseadas em evidências científicas. Porém, com a alteração da Lei nº 19.701 e a inclusão de novos artigos aprovados na Lei N° 20.127/2020, foi incorporada a escolha da mulher sobre a via de nascimento do seu filho, especificada pelo artigo:

§ 2º Nas situações eletivas, é direito da gestante optar pela realização de cesariana, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, e tenha se submetido às avaliações de risco gestacional durante o pré-natal, na forma do inciso I deste artigo (PARANÁ, 2020).

A Comissão de Saúde da Mulher do Coren-PR, ABEn-PR, a ABENFO-PR, representantes da enfermagem obstétrica e enfermagem em geral, se posicionaram de forma contrária a aprovação da Lei N.º 20.127/2020, da Deputada Mabel Canto. Demonstram preocupação, pois o novo cenário afronta as políticas públicas consolidadas no país e certamente irão impactar diretamente na saúde das mulheres e no sistema público de saúde (COREN, 2020).

Entringer et al (2019) realizaram um estudo em três maternidades (duas no do Rio de Janeiro e uma em Belo Horizonte), no qual analisou custos do parto vaginal e da cesariana eletiva. A pesquisa evidenciou que o procedimento cesariana possui custo 38% maior do que o parto vaginal e que o principal componente destes valores foram recursos humanos (81% a 89%, dos custos). O custo total (procedimento e permanência em alojamento conjunto) também permanece maior na cesariana, uma vez que o procedimento demanda maior permanência/disponibilidade no ambiente hospitalar.

O estudo feito por Hadlich et al (2021) teve objetivo de identificar se houve aumento significativo do número de cesarianas após a aprovação da Lei Paranaense Nº 20.127, de 15 de janeiro de 2020. Desta forma, observou que houve aumento de 47,18% no número de cesarianas de 2018 a 2020 e de 26,32% ao comparar 2019 e 2020. Por meio destes resultados, evidencia-se que há uma tendência no aumento de cesarianas, sobretudo, após a aprovação da Lei Nº 20.127.

Em relação aos custos, o DATASUS informa que o valor pago aos hospitais pelo parto é de R\$ 434,40 para o parto vaginal e R\$ 545,73 para a cesariana. Entretanto Estringer et. al (2019) afirmam que em levantamento de custos realizado numa maternidade em Minas Gerais, observou-se o custo de R\$ 954,58 para parto normal e R\$ 1.244,99 para a cesariana. Os custos reais superam os valores repassados pelo SUS.

Cabe lembrar que o estudo realizado no Paraná por HADLICH et al, (2021), contemplou um período de nove meses logo após a implementação da Lei Nº 20.127/2020 e concluiu que a Maternidade de estudo teve um gasto excedente de R\$ 32.305,71. Gastos que são absorvidos pela gestão hospitalar, pois nenhum recurso financeiro foi previsto aos municípios e/ou Maternidades do Estado do Paraná para complementar o orçamento e suprir gastos excedentes advindos da cesariana prevista na Lei 20127/2020. Nem tampouco foram divulgadas discussões à cerca do impacto orçamentário previsto para a escolha desta via de nascimento.

A escolha em relação ao tipo de parto é sim um direito da mulher, desde que, conforme explicitado na referida Lei Nº 20.127/2020, a gestante receba informações precisas a respeito das vias de parto para que possa tomar decisões com autonomia e de forma segura (FEITOSA, 2017). Assegurar o direito sem contanto prover e garantir a instrumentalização necessária para exercê-lo, tornou a lei uma arma de alto risco para o aumento das taxas de cesarianas desnecessárias e sem indicação.

Em 04 de abril de 2022, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 715, que “Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). O Programa Cuida

Mais Brasil, citado na portaria, insere médicos ginecologistas/obstetras e pediatras na atenção primária, subvertendo o entendimento do papel desse nível de atenção e que relaciona-se com a portaria, uma vez que, esta reduz a inserção da enfermagem e da enfermagem obstétrica. Conclui-se que este modelo adotado pelo Ministério da Saúde ressuscita uma visão hospitalocêntrica e medicocêntrica da assistência à saúde e contrapõe-se as políticas implementadas que estavam impactando na redução de indicadores de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2022).

Legitimar o respeito à preferência das mulheres trazida pela Lei N° 20.127/2020 e aderir ao modelo de atenção trazido pela portaria ministerial n° 715, de 04 de abril de 2022 são ações que trazem preocupação sobre as taxas de cesariana e piora nos indicadores de mortalidade materna e infantil.

Alguns estudos trazem que as mulheres preferem partos vaginais no início da gestação (MOREIRA, 2021; RASADOR, 2019; DOMINGUES, 2014). Porém esta informação contrasta com uma história de escalada crescente de cesarianas no Brasil, principalmente no setor privado, provavelmente sustentada por muitos anos de práticas inadequadas de partos vaginais mal conduzidos e falta de acesso à informações coerentes sobre o parto vaginal.

Oliveira et al (2016) em sua pesquisa com delineamento transversal elucida que a alta ocorrência de cesariana no modelo privado é determinada principalmente pelo desejo da mulher por esta via de parto desde o início da gravidez e a realização de cesariana prévia. Já entre mulheres atendidas pelo SUS, houve maior número de fatores associados para além desses dois à escolha/desfecho de cesariana, como a renda familiar per capita maior que um salário mínimo, e o sobrepeso ou obesidade pré-gestacional.

Esse mesmo estudo defende que conhecer a diversidade de aspectos relacionada à tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto permite aos profissionais de saúde ajudá-las a vivenciar o período gravídico-puerperal de maneira saudável, autônoma e empoderada, proporcionando uma assistência pautada nos princípios de humanização, da integralidade e do respeito aos seus direitos (Oliveira et al., 2016).

Considerando a relevância e potencial contribuição da avaliação do respeito a preferência das mulheres pela via de parto, formulou-se a seguinte

pergunta de pesquisa: Em que proporção as mulheres estão sendo respeitadas quanto escolha da via de parto? Quais fatores estão associados ao respeito pela via de parto preferida pela mulher?

1.1 JUSTIFICATIVA

Diante da realidade de altos índices de cesarianas no Brasil e de suas possíveis complicações e riscos torna-se justificável explorar a preferência das mulheres sobre a via de parto e em que proporção essas mulheres são respeitadas em sua preferência, bem como os fatores associados a esse evento no sistema público de saúde.

Identificar os fatores associados ao respeito pela preferência da via de parto poderá auxiliar no direcionamento de políticas públicas voltadas às ações de educação em saúde a fim de garantir o direito das mulheres à escolha informada. Conhecer se a mulher muda de preferência sobre a via de parto durante o pré-natal também poderá mostrar um panorama da abordagem sobre o parto na assistência pré-natal.

O interesse pelo assunto e a necessidade de explorá-lo aumentou diante de investigar o efeito de um fato novo neste contexto que foi a criação da Lei N° 20.127/2020. Considerando o quão recente foi a criação da Lei referenciada, não há até o momento evidência científica sobre a influência da Lei sobre a preferência das mulheres quanto a via de nascimento. Este novo contexto trazido pela Lei 20.127/2020 merece investigação com destaque para a necessidade de que a mulher esteja bem informada para exercer o direito de ter autonomia de escolha da via de parto.

Além desse fato recente ainda pouco explorado, os estudos encontrados nesta temática possuem, em sua maioria, delineamentos transversais, os quais não permitem responder com evidências robustas às indagações aqui apontadas.

A partir da compreensão trazida, políticas públicas poderão ser melhoradas e implementadas na atenção primária em saúde com objetivo de incentivar a escolha de um parto menos intervencionista, melhorar as práticas de educação em saúde sobre o preparo para o parto. O estudo também trará

contribuições para a comunidade científica e para o fortalecimento das linhas de pesquisa na área de saúde da mulher.

1.2 HIPÓTESE

Assume-se neste estudo a hipótese de que a proporção de mulheres respeitadas quanto à sua preferência da via de parto é menor do que a proporção de mulheres desrespeitadas quanto à sua preferência.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breve histórico das Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil

A Saúde da Mulher começou a receber atenção no começo do século XX, com abordagem restrita apenas à dimensões biológica para as demandas da gravidez e parto. No contexto histórico a mulher era vista como um ser biológico com papel social de mãe, doméstica, dona do lar, responsável pela criação e educação dos filhos e cuidado com família. A visão reducionista e fragmentada aos poucos foi revelando necessidade de modificar políticas apenas normativas e ampliar serviços que promovam atendimento integral em todos os ciclos vitais. (BRASIL, 2004; COSTA, 2019; SANTOS, 2016).

O Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, marcado pela convergência de interesses e concepções dos movimentos sanitário e feminista. Foi se inserindo na agenda da nacional discussões à cerca da construção de uma política integral, equânime com novas propostas voltadas ao público feminino. O PAISM previa ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, incluindo a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST¹ (doença sexualmente transmissível), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Em paralelo com a construção da Política de Saúde, o Ministério da Saúde juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde e o Fundo das Nações Unidas criaram os Comitês de Mortalidade Materna como parte desta política. Esses comitês agregaram instituições governamentais, sociedade civil organizada e universidades ligadas à área da saúde da mulher, tendo como objetivos a identificação da magnitude da mortalidade materna e suas causas (BRASIL, 1984).¹

¹ DST*: atualmente o termo DST foi modificado para IST (Infecções sexualmente transmissíveis), porém optou-se por manter o termo original citado no ano de 1984.

O Brasil participou de alguns eventos internacionais a favor da saúde materna ao longo da história. Dentre eles pode-se citar: a 23ª Conferência Sanitária Pan-americana (1990) no qual se comprometeu-se a reduzir a mortalidade materna em 50%, no decorrer da década; a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, reafirmando o direito à liberdade e os direitos humanos no exercício da sexualidade, concepção e anticoncepção; a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing (1995), nos quais declarou o direito da mulher de desfrutar o mais elevado nível de saúde, que não se resume à ausência de enfermidades (SOUZA, 2016).

Muitas foram as iniciativas ministeriais visando a redução da morbimortalidade materna e infantil, salientando-se: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 1994), Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN, 2000); Pacto para Redução das Taxas de Cesariana (Portaria GM/MS nº 466/2000); Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas (2004 a 2006); iniciativas de vigilância do óbito materno, infantil e fetal (desde Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – ReHuNa; Programa de Qualificação de Maternidades (2009); Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal (2009); e outras portarias abordando vários aspectos relacionados, além de constarem em outras propostas mais abrangentes, como o Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. Sempre houve a preocupação com o embasamento na Ciência e a participação da sociedade civil (BRASIL, 2022).

Importante ressaltar que a partir de 1998 o Ministério da Saúde publicou portarias ministeriais e interministeriais, que orientam ações de humanização a serem implementadas pelos serviços públicos de saúde. Um exemplo é a Portaria nº 2.815/1998 que refere-se à inclusão do parto normal realizado por enfermeiro obstetra na tabela do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Um das mais importantes ações na saúde da mulher foi a intuição da Rede Cegonha em parceria com CONASS e CONASEMS através da Portaria GM/MS 1.459 de 2011 (revogada pela Portaria de consolidação nº 3 e nº 6 de

2017) (BRASIL, 2011). A Rede cegonha constituiu um programa com o objetivo de reorganizar nacionalmente a rede de atenção à saúde da mulher e da criança e favorecer as boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A rede tem como objetivos a garantia do acesso, do acolhimento, da resolutividade, diminuição da morbimortalidade materna e infantil e a mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento. As suas Diretrizes dizem respeito à: (i) garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, (ii) ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; (iii) garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; (iv) garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; (v) garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e (vi) garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013).

A Rede Cegonha foi a convergência de todas as políticas e programas anteriores voltados a população feminina e se propôs a quebrar paradigmas e mudar o modelo de atendimento tecnocrático para uma forma mais humanizada de nascer (BRASIL, 2017).

2.2 A escolha pelo tipo de parto

A escolha pelo tipo de parto se constrói a partir de uma série de fatores e é alvo de discussões, inquietações e ansiedade para os envolvidos neste processo. O autoconhecimento, experiências vividas, conhecimento popular, acesso à informações, assistência à saúde, educação em saúde, são questões importantes dentro do contexto da escolha. O medo que permeia o ciclo gestacional muitas vezes está relacionado à falta de informações adequadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e ao nascimento (FARIA 2020; NASCIMENTO et al., 2015).

De acordo com SILVEIRA (2017) a maioria das mulheres mostraram preferência pelo parto vaginal no início da gestação, porém essa preferência sofre mudanças ao longo do processo gestacional e é divergente nos sistemas públicos e saúde suplementar. Caixeiro (2017) aponta que a preferência pelo parto vaginal é pautado pelos motivos de que a recuperação é melhor, o retorno da vida social e sexual é mais rápida, é melhor para o bebê, a experiência do parto anterior foi

boa, entre outras questões. A preferência pela cesárea se dá pelo medo da dor atribuída ao parto vaginal, intercorrências maternas e fetais, preocupação com a estética vaginal, opção por laqueadura, experiências vividas, influências de contatos próximos, entre outros motivos.

Um estudo com mulheres jovens americanas nulíparas (n=752 e coleta de dados online) apontou que a preferência por cesariana foi relatada por 14% das jovens e 27% destas afirmaram medo elevado do parto vaginal, que por sinal aumentou a probabilidade de preferência por cesariana. A história familiar também esteve associada à preferência pela cesariana. As jovens que afirmaram alto grau de confiança em seu conhecimento sobre o parto eram significativamente menos propensas a relatar medo do parto. O acesso às informações sobre o parto também esteve associado a uma menor probabilidade de medo do parto (STOLL, 2015).

2.3 História da cesariana no país

A cesariana é umas das cirurgias mais antigas na história da obstetrícia sendo realizada desde o século XVIII (ESCOBAL, 2017; NAKAMURA-PEREIRA, 2017). No final do século XIX as práticas cirúrgicas precárias estavam associadas a elevados índices de mortalidade materna. Esse cenário se modificou a partir do século XX graças aos avanços nas técnicas cirúrgicas, da anestesia nos recursos tecnológicos e suporte terapêutico. A partir de então o processo de parir passou a ser pautado em uma cultura intervencionista que tornou a via cirúrgica de nascimento procedimento comum, numa transição do modelo assistencial tradicional para o modelo médico-hospitalocêntrico. O modelo intervencionista predominante ganhou força a partir de 1920. (BRASILEIRO, 2020; SILVA, 2020).

A partir da década de 60 evidências científicas mostravam que o avanço da cesariana deixou de modificar a redução na mortalidade materna e infantil. Exceção pode ser vista na Holanda, que tem mantido taxas de cesariana relativamente estáveis, com modestíssimo aumento em uma década, de 14% em 2000 a 2001 para 16,7% em 2010, enquanto houve redução de 40 a 50% na mortalidade perinatal (Zhao et al., 2016). Betrain (2015) em seu estudo transversal, avaliando a relação ecológica entre taxas de cesarianas e mortalidade materna e

neonatal mostra que índices de cesariana estão acima de 9 a 16% não têm impacto sobre a mortalidade, tanto materna quanto perinatal.

Países do Norte da Europa tais como Suécia, Noruega, Finlândia e Holanda, apresentam taxas de cesárea em torno de 17% e mortalidade materna e perinatal muito baixas, o que reforça a hipótese de que não são necessárias altas taxas de cesariana para alcançar bons indicadores perinatais (NAKAMURA-PEREIRA, 2020).

O estudo de caso-controle realizado no Brasil em 2016 com o objetivo de verificar a associação de cesariana com a morte materna em oito estados do Brasil, revelou chance de 2,8 vezes maior de óbito materno em caso de cesariana (ESTEVES-PEREIRA et al., 2016).

Por fim, a Organização Mundial de Saúde (2015) afirma que não há justificativas para que as taxas globais de cesariana superem 10% ou 15%, pois a elevada ocorrência dessa cirurgia, comprovadamente, não reduz a incidência de morbimortalidade perinatal.

Escobal (2017) relata que os elevados indicadores de cesariana no Brasil e no mundo, guardam relação com a modernidade na qual o parto, passa a ser visto como um bem de consumo, passível de ser consumido e controlado por aqueles que podem adquiri-lo. Oliveira (2018) corrobora com a mesma conclusão e afirma que a cesariana deixou de ser um método para melhorar os resultados perinatais.

O Ministério da Saúde ao longo dos anos vem promovendo políticas públicas a fim de frear a tendência constante no aumento de cesariana. Exemplo disso foi a tentativa de limitar o pagamento de cesarianas no SUS no final da década de 90 e início do ano de 2000. Posteriormente propôs o “Pacto para Redução das Taxas de Cesariana”, que teve baixa adesão. Recentemente, promoveu ações voltadas para o sistema privado, como a resolução normativa 368 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicada em janeiro de 2015 (BRASIL, 2017; NAKAMURA-PEREIRA, 2020).

Outra estratégia de enfrentamento diante do cenário atual foi a Classificação de Robson, sugerida pela WHO (2017) como estratégia mais adequada para necessidades locais e internacionais.

A classificação de Robson é uma ferramenta que categoriza as mulheres em dez grupos baseados em características obstétricas, tais como: o tipo de gravidez, história obstétrica, início do trabalho de parto e do parto e a idade gestacional, conforme Quadro 1 (ROBSON, 2001; NAKAMURA-PEREIRA, 2020).

Quadro 1: Conceitos obstétricos e seus parâmetros para classificação das cesarianas (ROBSON, 2001).

Conceito obstétrico	Parâmetro
Tipo de gravidez	Gestação única cefálica
	Gestação única pélvica
	Gestação única oblíqua ou córmica
	Gestação múltipla
História obstétrica	Nulípara
	Múltipara (sem cesárea anterior)
	Múltipara (com cesárea anterior)
Forma do trabalho de parto e parto	Trabalho de parto espontâneo
	Trabalho de parto induzido
	Cesárea antes do trabalho de parto
Idade gestacional	Idade gestacional em semanas completas na ocasião do parto

O próximo passo no desenvolvimento da classificação de Robson foi usar esses conceitos obstétricos e seus parâmetros na construção de 10 grupos com relevância clínica, usando permutações dos parâmetros de cada conceito (Quadro 2).

Quadro 2: Classificação de Robson (ou em 10 grupos) para as cesarianas (Robson, 2001).

1. Nulíparas com apresentação cefálica \geq 37 semanas e trabalho de parto espontâneo
2. Nulíparas com apresentação cefálica \geq 37 semanas, parto induzido ou cesariana antes do trabalho de parto
3. Multíparas (excluindo cesárea prévia) com apresentação cefálica \geq 37 semanas e trabalho de parto espontâneo
4. Multíparas (excluindo cesárea prévia) com apresentação cefálica \geq 37 semanas, parto induzido ou cesariana antes do trabalho de parto
5. Multíparas com cesárea prévia e apresentação cefálica \geq 37 semanas:
6. Todas as nulíparas com apresentação pélvica
7. Todas as multíparas com apresentação pélvica (incluindo cesárea prévia)
8. Todas as gestações múltiplas (incluindo cesárea prévia)
9. Todas as apresentações anômalas (incluindo cesárea prévia)
10. Todas as gestações \leq 36 semanas em apresentação cefálica (incluindo cesárea prévia)

O objetivo da classificação é dar uma visão inicial desses percentuais em cada grupo, já que esses números podem ser imediatamente acessados e comparados. Após essa análise inicial, pode ser necessária uma avaliação mais pormenorizada de cada um dos grupos a fim de se chegar às causas das diferenças. Isso pode significar acessar outras informações a respeito das parturientes e de suas gestações. Sendo assim, a classificação de Robson pode ser usada para se comparar as taxas de cesarianas e onde estão as suas maiores diferenças, mas, sozinha, não consegue explicar todos os motivos para essas diferenças (ROBSON et al., 2001).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o respeito à preferência da mulher quanto a via de nascimento e os fatores associados ao respeito à escolha da mulher.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a proporção de mulheres que mudaram a preferência pela via de parto durante a gestação.

- Analisar a proporção de mulheres que foram respeitadas quanto à via de parto de acordo com o parto ocorrido.

- Analisar a associação entre os fatores sociodemográficos, e obstétricos relacionados com o respeito à preferência das mulheres sobre a via de parto.

- Analisar a chance de associação da Lei 27127/2020 com o respeito à preferência das mulheres sobre a via de parto.

MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional do tipo caso-controle.

Caso-controle é um estudo para determinar se uma exposição está associada com um desfecho. De maneira simplificada são identificados dois grupos conhecidos como caso (com o desfecho) e controle (sem o desfecho) e comparados entre si a frequência da exposição de um grupo com o outro. (OLIVEIRA, 2015).

4.2 Local e período de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu num Hospital de Referência em Maternidade da Região Norte Pioneiro do Paraná, localizado num município pertencente à 19ª Regional de Saúde do Paraná. A instituição é referência da área de abrangência da 19ª Regional de Saúde de Jacarezinho para assistência dos partos de alto risco da região. Atende também partos de baixo risco e risco intermediário do sistema público de saúde de 18 municípios, dos 22 que compõem a 19ª Regional de Saúde. Apenas os municípios de Cambará, Jaboti, Jacarezinho e Pinhalão têm maternidade local que dão assistência à partos de risco habitual.

Em 2019 ocorreram no Hospital Regional 2.009 nascimentos, sendo 815 por cesárea (40,56%) e 1.194 por partos vaginais (59,43%). A média mensal de atendimento é de 6 partos ao dia, sendo aproximadamente 4 via vaginal e 2 via cesariana. O modelo de atenção predominante é centrado no médico que atende aos nascimentos de baixo risco, risco intermediário e alto risco. A participação do enfermeiro obstetra se dá de forma coadjuvante no acompanhamento do trabalho de parto e na assistência ao parto vaginal na impossibilidade do médico plantonista assistir.

Os dados foram coletados no período de 28 de junho de 2021 a 12 de setembro de 2021.

4.3 Amostragem e fonte de dados

A amostra do estudo foi composta por puérperas de baixo risco e risco intermediário, hospitalizadas por ocasião do parto que estavam no período até 48 horas de pós-parto (parto via vaginal e/ou cesariana). Foi realizada busca ativa a cada 48 hs, no alojamento conjunto da maternidade, de forma consecutiva até atingir o número amostral estimado. Os casos e os controles foram selecionados da mesma base populacional e no mesmo período. A preferência pela via de parto era perguntado à puérpera e o parto ocorrido confirmado no prontuário.

As entrevistadoras se identificavam, explicavam o objetivo da pesquisa e as contribuições que o estudo pode trazer para a sociedade. Após o consentimento das puérperas as entrevistas eram realizadas à beira do leito, face a face, com tempo médio de entrevista e preenchimento do formulário de aproximadamente 15 minutos por puérpera. O formulário era aberto no celular das entrevistadoras.

A amostra foi calculada na plataforma OpenEpi considerando dados do estudo piloto que será descrito logo abaixo. Adotou-se percentual de 70% de preferência respeitada e 30% de preferência não respeitada, o que definiu amostragem de 61 casos (preferência não respeitada) e 145 controles (preferência respeitada), tomando como referência os seguintes parâmetros: detecção de odds ratio de 0,18, poder do estudo ($1-\beta$) de 99,97%, erro alfa de 5%, nível de confiança de 95% e razão de 1 caso para 2 controles (OPENEPI, 2022).

A entrevista foi realizada pela pesquisadora principal e por um grupo de 5 estudantes do oitavo período do curso de Enfermagem de uma Faculdade local. O treinamento incluiu 5 encontros para apresentação do pré-projeto, leitura e exploração do formulário, esclarecimentos de dúvidas, aprimoramento do formulário e simulação de entrevistas.

4.4 Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado com 29 puérperas no mesmo local da coleta de dados da pesquisa, no mês de abril de 2021 para validação do

formulário, dos procedimentos de coleta de dados e teste do banco de dados. A coleta de dados deste estudo piloto foi feita pela pesquisadora principal e os dados não foram incluídos na amostra. Foram coletados dados de 31 puérperas, porém 2 entrevistas foram perdidas pelo motivo das pacientes não afirmarem qual sua preferência pela via de parto, totalizando no final 29 entrevistas válidas.

4.5 Critérios de elegibilidade

Foram incluídas no estudo puérperas classificadas como risco habitual, risco intermediário, maiores de 18 anos e as que tiveram parto a termo (definido por Brasil (2002) como partos ocorridos com idade superior a 37 semanas de gestação).

Não foram incluídas no estudo mulheres com feto natimorto e mulheres com recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Nenhuma das puérperas se negou a participar do estudo.

Foram excluídas do banco de dados 13 entrevistas de mulheres que relataram não ter preferência sobre a via de nascimento.

4.6 Procedimentos éticos

O estudo foi realizado cumprindo os preceitos das Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012; 2016).

A etapa da coleta de dados iniciou após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob o parecer número 4.429.113, CAAE 40053320.1.0000.5231 em 25 de novembro de 2020 (ANEXO A). A diretora da Instituição pesquisada assinou uma Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição Co-Participante (APÊNDICE B).

A participação das puérperas no estudo se deu após os devidos esclarecimentos, aceite ao convite e foi firmada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

4.7 Instrumento de Coleta de dados

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados estruturado pela pesquisadora (Apêndice A) e que foi convertido em formulário na ferramenta eletrônica *Google Forms*. No momento da entrevista o formulário era acessado no *smartphone* das entrevistadoras (usando rede móvel de internet) através do link de acesso rápido disponibilizado no grupo dos estudantes.

A ferramenta *Google forms* possibilitou inserção dos dados da entrevista, acompanhamento e controle de toda a coleta de dados em tempo real.

4.8 Descrição das variáveis de análise

A variável dependente ou variável de desfecho foi caracterizada pela preferência da mulher pela via de parto ter sido ou não respeitada de acordo com o parto ocorrido. As variáveis independentes ou variáveis de exposição compreenderam um conjunto de fatores que foram divididos em 3 grupos: características sociodemográficas, obstétricas e dados relacionados com a preferência referida pela mulher sobre a via de parto.

4.8.1 Características Sociodemográficas

As categorizações das variáveis sociodemográficas foram definidas de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2010) e compreenderam:

- Idade materna: variável numérica.
- Raça/cor da pele: Foi auto-referida pela mulher e foram categorizadas em: branca, preta, parda, amarela e indígena. Posteriormente reduzidas em raças branca e não branca.
- Escolaridade materna: Sem instrução, ensino fundamental incompleto; fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo. Na análise estatística foram agrupadas em menos de 8 anos de estudo e mais de 9 anos de estudo.

- Situação conjugal: Casada, divorciada, viúva, solteira e companheiro fixo. Posteriormente foram agrupadas em “com companheiro” e “sem companheiro”.

- Renda em salário mínimo: Menos de 1 salário mínimo, entre 1 e 2 salários mínimos, entre 3 e 5 salários mínimos e acima de 5 salários mínimos. Na análise foram dicotomizadas em até 2 salários mínimos e mais de 2 salários mínimos.

4.8.2 Variáveis obstétricas

As mulheres foram questionadas sobre as experiências de parto vividas, a experiência do parto atual e sobre a assistência no pré-natal. As variáveis corresponderam:

- Tipo de parto atual: parto vaginal e parto cesárea;
- Planejamento da gestação: sim ou não;
- Gemelaridade no parto atual: Sim ou não;
- Número de gestações;
- Número de partos vaginais;
- Número de cesáreas;
- Número de abortos.
- Número de consultas de pré-natal;
- Profissionais que realizaram o pré-natal: Somente médico ou médico e enfermeiro;
- Abordagem sobre o parto no pré-natal;

Para fins estatísticos algumas variáveis foram reagrupadas, algumas dicotomizadas após análise descritiva em função da análise estatística.

4.8.3 Fatores relacionados à preferência quanto a via de parto.

Constaram no questionário variáveis referentes à preferência pelo tipo de parto:

- Preferência no parto anterior;

- Tipo de parto anterior;
- Influência do parto anterior;
- Preferência pelo parto no início da gestação;
- Preferência pelo parto no fim da gestação;
- Preferência respeitada em relação ao final da gestação;

4.8.4 Fatores associados a preferência pela via de parto e uso da Lei 20127/2020;

- Conhecimento da Lei 20.127/2020: Sim ou não
- Utilizou a Legislação para a escolha do parto: Sim ou não.

4.9 Processamento e análise de dados

Os dados foram transferidos para uma planilha no Microsoft Excel®, tabulados, codificados e exportados ao Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22 possibilitando análise estatística.

Inicialmente foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis para determinar os pontos de corte ainda não definidos.

A seguir realizou-se análise bivariada da variável desfecho com todas as variáveis de exposição, estabelecendo-se como ponto de corte para seleção o valor descritivo de $p < 0,20$, após teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Para melhor organização dos dados foram estabelecidos 3 grupos de variáveis: características sociodemográficas, obstétricas e dados relacionados a preferência.

As variáveis identificadas em cada grupo como potenciais preditoras ($p < 0,20$) foram classificadas em níveis hierárquicos por proximidade com a variável desfecho (distais, intermediárias e proximais) e submetidas a uma nova análise multivariada, utilizando-se como parâmetro para permanência no modelo final o valor descritivo de $p < 0,05$ (VICTORA, 1987).

5 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico e obstétrico da amostra. A idade das puérperas variou entre 18 e 45 anos, predominando mulheres na faixa etária de 18 a 35 anos (91,7%). Um pouco mais da metade das mulheres (51,9%) tinham mais de 9 anos de estudo, 82% com companheiro e 90,3% com renda salarial maior que 2 salários mínimos. Referente as características obstétricas, cabe ressaltar que 75,2% das mulheres tiveram seus filhos de parto vaginal e 24,8% foram submetidas à cesariana na instituição de estudo. No que diz respeito a paridade, 69,9% eram múltiparas, 82,5% já tiveram pelo menos um parto vaginal e 31,6% das mulheres tiveram cesariana.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e obstétrica da amostra. Santo Antônio da Platina, PR, Brasil, 2021.

	n	%
Idade		
18 a 35	189	91,7
Maior que 36	17	8,3
Raça		
Branca	105	51
Não branca	101	49
Anos de estudo		
9 ou mais	107	51,9
Até 8	99	48,1
Presença do companheiro		
Com	169	82
Sem	37	18
Renda em salários		
Mais de 2	186	90,3
Até 2	20	9,7
Tipo de parto atual		
Vaginal	155	75,2
Cesariana	51	24,8
Gestação gemelar		
Não	197	95,6
Sim	9	4,4
Planejamento da gestação		
Não	129	62,6
Sim	77	37,4
Paridade		
Múltipara	144	69,9

Primípara	62	30,1
Partos vaginais		
Um ou mais	170	82,5
Nenhum	36	17,5
Cesarianas		
Nenhuma	141	68,4
Uma ou mais	65	31,6
Abortos		
Não	175	85
Sim	31	15,5
Nº de consultas PN		
6 e mais	184	89,3
Até 5	22	10,7
Profissional que fez o PN		
Médico e enf	127	61,7
Médico e enf	79	38,3
Abordagem sobre o parto no PN		
Não	159	77,2
Sim	47	22,8

Fonte: a própria autora, 2022.

Referente a preferência das mulheres pelo tipo de parto, a tabela 2 mostra um acréscimo de 1,4% na preferência das mulheres pelo parto vaginal no final da gestação em relação ao início da gestação.

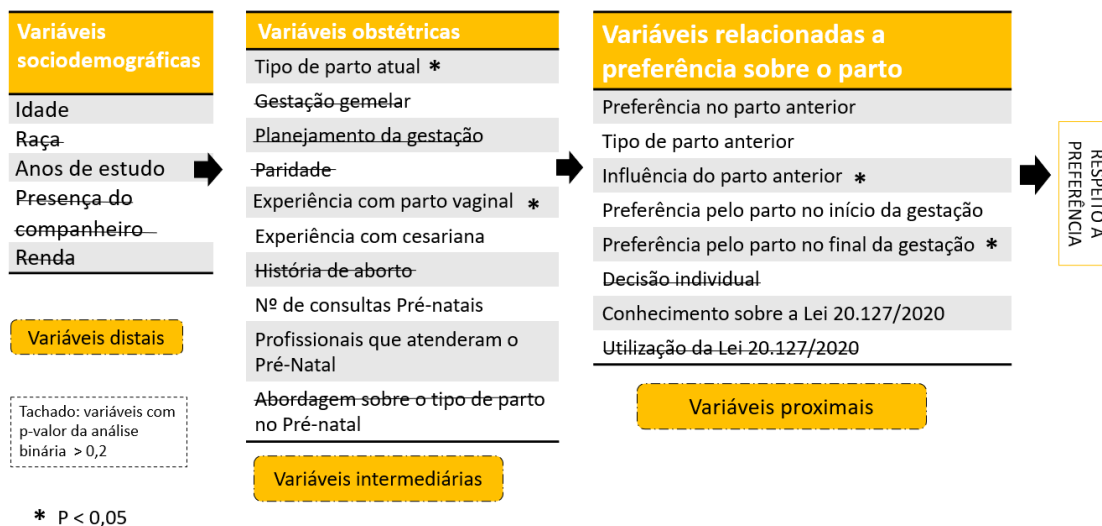
Tabela 2: Preferência das mulheres pelo parto no início e final da gestação. Santo Antônio da Platina, PR, Brasil, 2021.

	Parto vaginal		Cesariana	
	n	%	n	%
Preferência pelo parto				
No início da gestação	147	71,4	59	28,6
No final da gestação	150	72,8	56	27,2

Fonte: a própria autora, 2021.

A figura 1 mostra de forma resumida as variáveis de estudo que permaneceram no modelo final da análise estatística.

Figura 1: Modelo preditivo dos fatores associados ao respeito pela expectativa da via de parto pelas mulheres.



Fonte: a própria autora, 2021.

Na análise entre as variáveis sociodemográficas e o grupo de casos e controles (tabela 3), somente a idade ($p=0,034$) e anos de estudo ($0,187$) apresentaram associação estatística com o respeito à expectativa pela via de parto na análise binária. Após os ajustes nenhuma variável sociodemográfica permaneceu no modelo final.

Tabela 3: Distribuição (n e %) de casos e controles, odds ratios, intervalo de confiança e *p* valor da análise binária e multivariada das variáveis sociodemográficas. Santo Antônio da Platina, PR, Brasil, 2021.

	Expectativa desrespeitada		Expectativa respeitada		Análise binária			Análise multivariada		
	n	%	n	%	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P
Idade										
18 a 35	52	85,2	137	94,5	0,33	0,12-0,92	0,034	0,35	0,12-1,00	0,051
Maior que 36	9	14,8	8	5,5	1,00	Referência				
Raça										
Não branca	31	50,8	70	48,3	1,10	0,60-2,01	0,739			
Branca	30	49,2	75	51,7	1,00	Referência				
Anos de estudo										
9 ou mais	36	59,0	71	49,0	0,66	0,36-1,22	0,187	0,62	0,33-1,17	0,144
Até 8 anos	25	41,0	74	51,0	1,00	Referência				
Presença do companheiro										
Sem	52	85,2	117	80,7	0,72	0,31-1,64	0,437			
Com	9	14,8	28	19,3	1,00	Referência				
Renda em salários										
Até 2	4	6,6	16	11,0	0,56	0,18-1,76	0,322			
Mais de 2	57	93,4	129	89,0	1,00	Referência				

Fonte: a própria autora, 2021.

A tabela 4 mostra que a proporção de mulheres que tiveram sua expectativa pelo parto vaginal respeitada foi de 84,1% e a proporção de mulheres com expectativa respeitadas na sua preferência pela cesariana foi de 15,9%.

A análise estatística demonstrou que o parto vaginal protegeu a mulher de ser desrespeitada em 49% das vezes.

Pode-se visualizar que na análise binária as variáveis obstétricas associadas com o respeito à expectativa sobre o parto foram: tipo de parto ocorrido, mulheres que tiveram experiência com parto vaginal, experiência com cesárea, maior número de consultas de pré-natal e profissionais que atenderam o pré-natal ($p < 0,05$). Após ajustes finais do modelo permaneceram na análise multivariada a variável parto vaginal ($p = 0,002$) e mulheres que tiveram experiência com parto vaginal ($p = 0,017$).

O fato da mulher não ter tido experiência prévia com parto vaginal aumentou em 37% as chances de ser desrespeitada em preferência.

Tabela 4: Distribuição (n e %) de casos e controles, odds ratios, intervalo de confiança e *p* valor da análise binária e multivariada das variáveis obstétricas. Santo Antônio da Platina, PR, Brasil, 2021.

	Expectativa desrespeitada		Expectativa respeitada		Análise binária			Análise multivariada		
	n	%	n	%	OR	IC 95%	<i>P</i>	OR	IC 95%	<i>P</i>
Tipo de parto ocorrido										
Parto vaginal	33	54,1	122	84,1	0,22	0,11-0,43	0,001	0,51	0,49-0,84	0,002
Cesariana	28	45,9	23	15,9						
Gestação gemelar										
Não	60	98,4	137	94,5	3,50	0,42-28,63	0,242			
Sim	1*	1,6	8	5,5						
Planejamento da gestação										
Não	39	63,9	90	62,1	1,08	0,58-2,01	0,801			
Sim	22	36,1	55	37,9						
Paridade										
Múltipara	44	72,1	100	69,0	1,16	0,60-2,25	0,651			
Primípara	17	27,9	45	31,0						
Experiência com parto vaginal										
Não	17	27,9	19	13,1	2,56	1,22-5,36	0,011	1,37	0,05-1,78	0,017
Sim	44	72,1	126	86,9						
Experiência com cesariana										
Não	33	54,1	32	22,1	4,16	2,19-7,88	0,001	0,84	0,69-1,04	0,115
Sim	28	45,9	113	77,9						
História de aborto										
Não	50	82	125	86,2	0,72	0,32-1,62	0,437			
Sim	11	18,0	20	13,8						
Nº de consultas pré-natais										
6 e mais	59	96,7	125	86,2	4,70	1,06-20,86	0,026	1,18	0,98-1,43	0,079
Até 5	2*	3,3	20	13,8						
Profissionais que atenderam PN										
Médico e Enf	44	72,1	83	57,2	1,93	1,01-3,70	0,045	0,89	0,79-1,00	0,062
Médico	17	27,9	62	42,8						
Abordagem sobre o parto no PN										
Não	46	75,4	113	77,9	0,86	0,43-1,75	0,694			
Sim	15	24,6	32	22,1						

Teste de Fisher*

Fonte: a própria autora, 2021.

Na análise entre a preferência das mulheres sobre a via de parto e a expectativa respeitada (Tabela 5), permaneceram no modelo final a influência do parto anterior ($p=0,029$) e a preferência pelo parto no final da gestação ($p=0001$).

Pode-se afirmar que as mulheres que reconheceram a influência do parto anterior sobre sua preferência apresentaram 86% de chance de não serem respeitadas na sua preferência pela via de parto.

O fato da mulher ter sido influenciada pelo parto anterior reduziu em 86% as chances da mulher não ser desrespeitada quanto à sua preferência pela via de parto.

Ter preferido o parto vaginal no final da gestação fez a mulher ser respeitada em 87% das vezes.

Tabela 5: Distribuição (n e %) de casos e controles, odds ratios, intervalo de confiança e p valor da análise binária e multivariada das variáveis relacionadas a preferência pelo parto. Santo Antônio da Platina, PR, Brasil, 2021.

	Expectativa desrespeitada		Expectativa respeitada		Análise binária			Análise multivariada		
	n	%	n	%	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P
Preferência no parto anterior										
Parto vaginal	28	45,9	88	60,7	0,43	0,16-1,19	0,107	1,99	0,50-7,83	0,324
Cesariana	25	41,0	46	31,7	0,74	0,26-2,09	0,58			
Não teve/ sem pref	8	13,1	11	7,6	1	Referência				
Tipo de parto anterior										
Parto vaginal	29	47,5	92	63,4	0,47	0,20-1,09	0,081	0,59	0,20-1,69	0,331
Não teve/ sem pref	20	32,8	35	24,1	0,85	0,34-2,13	0,741			
Cesariana	12	19,7	18	12,4		Referência				
Influência do parto anterior										
Não	24	39,3	73	50,3	0,79	0,40-1,58	0,52			
Sim	21	34,4	51	35,2	1,85	0,81-4,22	0,144	0,14	0,02-0,81	0,029
Não teve/ sem pref	16	26,2	21	14,5		Referência				
Preferência pelo parto no início da gestação										
Cesariana	117	78,0	25	50,0	0,39	0,20-0,75	0,005	0,86	0,35-2,09	0,739
Parto vaginal	33	22,0	25	50,0	1	Referência				
Preferência pelo parto no final da gestação										
Parto vaginal	122	81,3	17	34,0	0,16	0,08-0,31	0,001	0,13	0,05-0,32	0,001

Cesariana	28	18,7	33	66,0	1	Referência				
Decisão individual										
Sim	43	70,5	113	77,9	0,67	0,34-1,33	0,256			
Não	18	29,5	32	22,1						
Conhecimento sobre a LEI										
Não	39	63,9	109	75,2	0,58	0,30-1,11	0,102	0,7	0,32-1,52	0,375
Sim	22	36,1	36	24,8	1	Referência				
Utilização da Lei para a escolha										
Não	59	96,7	141	97,2	0,83	0,14-4,69	0,839			
Sim	2	3,3	4	2,8	1	Referência				

Fonte: a própria autora, 2021.

6 DISCUSSÃO

Dentre as fortalezas desta pesquisa pode-se destacar o desenho caso-controle, que mediu a força de associação existente entre 3 grupos de variáveis (sociodemográficas, obstétricas e relacionadas a preferência pelo parto) e o desfecho respeito a preferência pela via de parto relatados pelas puérperas. Nenhum estudo com esse delineamento foi encontrado para comparar os achados desta pesquisa, especialmente após o surgimento da lei 20.127/2020. Os achados na literatura que endossaram a discussão deste estudo trazem resultados que pesquisam na sua grande maioria os fatores que permeiam a escolha da via de parto, fatores associados a preferência inicial por determinada via de parto, porém não associam a referida lei e nem fatores associados ao respeito pela preferência da mulher sobre o tipo de parto (OLIVEIRA, 2016; SILVA, 2017; SILVEIRA, 2017).

Ao compararmos a proporção de mulheres desrespeitadas em sua preferência de acordo com o tipo de parto preferido, neste estudo, aquelas que preferiam cesariana foram proporcionalmente mais desrespeitadas. A chance de a mulher ser respeitada em sua preferência esteve associada ao tipo de parto desejado, que por sua vez, esteve associado à cultura institucional.

Silveira (2017) no estudo conduzido numa maternidade pública do Estado de Sergipe com amostra de 375 puérperas, demonstrou que o respeito pela via de parto ocorreu em 56% das mulheres que queriam parto vaginal e 52% das que queriam cesariana, não sendo considerado estatisticamente significativo para o autor ($p=0,2$). Esses resultados diferem da presente pesquisa que encontrou uma proporção de mulheres respeitadas na preferência pelo parto vaginal bem diferente daquela que tinham como preferência a cesárea. Nos achados de Silveira (2017) pode-se observar maior proporção de mulheres respeitadas na preferência pela cesariana (52,3%) comparado aos achados do presente estudo de 15,9%. Cabe considerar que o local de estudo de Silveira (2017) teve número de nascimentos ao ano semelhantes à maternidade deste estudo, porém com prevalência menor de partos vaginais (42%).

No estudo de Rasador (2019), que ocorreu no município de Bento Gonçalves, com delineamento transversal e amostra de 676 mulheres, 51,8% das

mulheres foram respeitadas na preferência pelo parto vaginal e 84,4% foram respeitadas na preferência pela cesariana, resultados divergentes daqueles encontrados nesse estudo. Além do delineamento de estudo ser diferente, 60% das mulheres entrevistadas foram atendidas no sistema público de saúde e 40% no sistema de saúde suplementar. A prevalência de parto vaginal foi de 58,3% e 16,1% no sistema público e privado respectivamente, enquanto, a proporção de cesariana foi de 41,7% no sistema público e expressiva no sistema privado (83,9%). Este fato corrobora com o pressuposto desta pesquisa de que a cultura institucional parece interferir no respeito à preferência das mulheres pela via de parto.

Em relação à preferência da mulher sobre a via de parto no início e no final da gestação, não encontramos diferença na proporção de mulheres que mudaram de opinião no final da gestação em relação ao início. Demais estudos nacionais trazem em seus resultados que a preferência inicial das mulheres é pelo parto vaginal, semelhante aos nossos achados (CAIXEIRO, 2017; FERRARI, 2016; VALE, 2015). Porém não comparam a preferência inicial e no final da gestação.

Domingues et al (2014) encontrou em seu estudo transversal que no início da gestação 72,3% das mulheres preferiam parto vaginal, 20,2% preferiam cesárea e 7,5 não tinha preferência inicial. No final da gestação 42,2% preferiram parto vaginal, 27,3% cesariana e 30,4% não relataram preferência pela via de parto. O autor pesquisou sobre a decisão pelo tipo de parto e os fatores referidos pelas mulheres para a preferência no início da gestação. Foi um estudo com 11074 mulheres da região Sudeste do país e utilizou dados da grande pesquisa nacional “Nascer no Brasil: inquérito sobre o nascimento (2011-2012)” que analisa questões relacionadas ao parto nas 5 regiões do país em hospitais da rede pública e privada. Os achados mostraram uma diminuição significativa na proporção de mulheres que mudaram de opinião sobre o tipo de parto ao longo da gestação, divergente deste estudo que não apresentou variação significativa.

Silva (2017) mostrou em seu estudo com delineamento semelhante a este trabalho, que 68.9% das mulheres entrevistadas preferiam parto vaginal e esta via foi concretizada em 49% das mulheres, o que nos leva a concluir que a maioria das mulheres tiveram preferência respeitada na escolha pelo parto

vaginal e desrespeitada na preferência pela cesariana. Cabe considerar que a pesquisa ocorreu no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com abordagem de 211 mulheres e teve o diferencial de abordar as mulheres em três momentos diferentes: na gestação, para verificar preferência inicial pelo tipo de parto, no pós-parto imediato, e no puerpério até 15 dias após o parto, para aferir a satisfação da mulher com o parto obtido. Apesar de o delineamento ser diferente do nosso estudo, os achados corroboram com o fato de que as mulheres tem sua preferência respeitada de acordo com a natureza da instituição e o modelo de assistência, que por sua vez está também ligada ao profissional de saúde.

O estudo de Stoll et al (2015) realizado com jovens americanas nulíparas corrobora com achados na literatura nacional sobre a preferência pelo parto vaginal. O autor apontou que apenas 14% das jovens americanas do estudo relataram preferência por cesariana e destas 27% afirmaram medo elevado do parto vaginal. A história familiar também esteve associada à preferência pela cesariana. As jovens que afirmaram alto grau de confiança em seu conhecimento sobre o parto eram significativamente menos propensas a relatar medo do parto. O acesso às informações sobre o parto também esteve associado a uma menor probabilidade de medo do parto.

Foi encontrado no atual estudo que a influência do parto anterior conferiu fator de proteção (86%) ao desrespeito à preferência das mulheres, pois geralmente as experiências positivas determinam uma certa preferência pela mesma via de parto, o que elimina a insegurança advinda pelo desconhecido. O estudo transversal de Vale et al (2015), realizado no Rio Grande do Norte, em maternidade pública de uma dada região, teve o objetivo de analisar a preferência pelo tipo de parto de 2011 mulheres hospitalizadas por ocasião do parto, bem como verificar associações com fatores obstétricos e socioeconômicos. Os resultados confirmaram que a preferência pelo parto vaginal esteve associada com o tipo de parto anterior normal, porém não estudaram se a preferência havia sido respeitada. Outro estudo (SILVA, 2017) corrobora com os achados de que experiência anterior de parto, seja normal ou cesariana, influencia na expectativa por um novo parto, porém também não valida

os dados da presente pesquisa pelo motivo que não trouxe resultados sobre a preferência respeitada sobre a via de parto.

Sobre a Lei 20.127/2020 que poderia modificar a preferência das mulheres sobre a via de parto, foi encontrado que a referida Lei não era de conhecimento das mulheres da 19ª Regional de Saúde do Paraná, o que nos leva a inferir que provavelmente este assunto não era comumente abordado na assistência pré-natal.

Faz-se necessário considerar que o modelo de assistência na maternidade de estudo é diferenciado no quesito de incentivo ao parto vaginal praticando sua elevada prevalência, contrariando os índices atualmente predominantes no país de maneira geral.

Apesar de não constituir objeto deste estudo, chamou atenção a discrepância na taxa de cesariana encontrada na maternidade comparando com as taxas nacionais e estaduais de 57,1% e 64,49% respectivamente. A proporção de cesariana de 24,8% dos partos ocorridos na amostra do estudo nos mostra que o modelo de atenção obstétrica predominante na maternidade tem o parto vaginal como predominante no desfecho da gestação. Vale destacar que essa maternidade atende gestantes referenciadas pelos municípios da 19ª Regional de Saúde do Paraná, inclusive as de alto risco.

O estudo apresenta limitações por ter sido desenvolvido em uma única maternidade, embora fosse referência de risco para uma regional de saúde do Estado do Paraná. A maternidade não contempla a saúde suplementar que tem sido um dos fatores contribuintes para elevadas taxas de cesariana e respeito à preferência das mulheres sobre esta via cirúrgica de nascimento.

O modelo de atenção e de organização da assistência praticado nos espaços em que a mulher costuma frequentar pode ser um viés no estudo, pois parece exercer influência sobre a preferência das mulheres pela via de nascimento. As gestantes são orientadas no pré-natal sobre o local de nascimento e sabem que a maternidade referência incentiva o parto vaginal e o adota como via preferencial de nascimento para partos de baixo risco por todos os benefícios conhecidos desta via de nascimento.

As limitações citadas não possibilitam generalizar os achados, mas podem subsidiar novas pesquisas a fim de elucidar se o tipo de convênio de saúde é determinante para o respeito à preferência das mulheres, bem como outros fatores que não foram contemplados neste estudo.

Apesar das limitações, os resultados discrepantes das evidências encontradas na literatura apontam que mudanças são necessárias nas práticas assistenciais adotadas nas maternidades em geral.

7 CONCLUSÃO

O estudo nos permitiu concluir que as mulheres demonstraram maior preferência pelo parto vaginal e que o respeito à sua preferência está associado à via de parto escolhida, demonstrando que as mulheres foram proporcionalmente mais desrespeitadas quando sua preferência era pela cesariana. Quanto aos demais fatores associados ao respeito pela via de parto, os resultados confirmam a importância da experiência prévia das mulheres com parto vaginal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf. Acesso em 20 de fevereiro de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Manual Técnico. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em 17 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. 2009. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2020.

BRASIL. Portaria GM/MS 1.459 de 2011. Dispões sobre a **instituição, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 01 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Folder: **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília, 2016. Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em 20 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 22 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). **Saúde da Mulher: a construção do cuidado integral**. notícias 08/03/2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/saude-da-mulher-a-construcao-do-cuidado-integral-e-adesconstrucao-do-machismo/>. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Tecnologia de Informação a serviço do SUS. Proporção de pessoas com baixa renda. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/pobrezadescr.htm>. Acesso em 27 de julho de 2020.

BRASIL. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Parecer técnico 01/2022. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/Parecer-Tecnico-no-01-de-2022-25-de-abril-retificado.pdf>. Acesso em 26 de abril de 2022.

BRASILEIRO, A. C. M.; PEREIRA, F. A. Cesarianas eletivas no Brasil: exercício ou negação da autonomia das pacientes?. **Revista do Instituto de Ciências Penais**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 185–222, 2021. DOI: 10.46274/1909-192XRICP2021v6n1p185-221. Disponível em: <http://www.ricp.org.br/index.php/revista/article/view/42>. Acesso em: 2 mar. 2022.

BETRAN, A. P. et al. Determination of a single, universal threshold for caesarean section rate is not the way forward. **Evid Based Med**, v. 21, n. 6, p. 237, Dec 2016. ISSN 1473-6810 (Electronic) 1356-5524 (Linking). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27664175> <

CAIXEIRO, Thainá. Razões para preferência do tipo de parto: resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” na região Sudeste. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25257>. Acesso em 22 de janeiro de 2022.

COSTA, R. C.; GONÇALVES, J. R. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher.

Revista JRG de Estudos Acadêmicos , Ano II (2019), volume II, n.4 (jan./jun.) -ISSN: 2595-1661. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/199/311>. Acesso em 28 de fevereiro de 2022.

BRASIL. DATASUS. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>.

DOMINGUES R. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S101-S116, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 26 de julho de 2020.

ESCOBAL, A. P. et al. Participação da mulher na tomada de decisão no processo de parturição. **Revista de Enfermagem UFPE on line** , [SI], v. 12, n. 2, pág. 499-509, fev. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231114> >. Data de acesso: 11 out. 2020. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a231114p499-509-2018>.

ESTEVES-PEREIRA, A. P. et al. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. *PLoS One*, v. 11, n. 4, p. e0153396, 2016. ISSN 1932-6203 (Electronic). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0153396&type=printable>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

FARIA, Costa. Aspectos relacionados à preferência de gestantes pela cesariana Research, Society and Development, v. 9, n. 11, e4919119844, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9844>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9844>. Acesso em 15 de janeiro de 2022.

FEITOSA, R. M. et al. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 717-726, July 2017. ISSN 2175-5361. Disponível Em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5502>>. Acesso em: 11 oct. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.717-726>

HADLICH. E. R., WENDRAMIN N. A., OLIVEIRA P. H. de, TABORDA R. R., REDAS., & PAZIN D. C. (2021). Análise do número de cesarianas realizadas em uma maternidade após a aprovação da lei no Estado do Paraná. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 13(12), e 9415. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e9415.2021>. Acesso em 28 de fevereiro de 2022.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira** [online]. 2005, v. 20, suppl 2 [Acessado 5 Março 2022] , pp. 2-9. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>>. Epub 04 Nov 2005. ISSN 1678-2674. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>.

MARTINS A. P. C. et al. Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto. **Rev baiana enferm.** 2018; 32:e 25025. <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/25025/15809>. Acesso em 26 de julho de 2020.

NAKAMURA-PEREIRA, M. Análise das Cesarianas no Brasil: Contribuições da Pesquisa Nascer no Brasil para Redução das Cesarianas Desnecessárias no País. 2017. 127 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, 2017. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 18 de fevereiro de 2022.

NASCIMENTO, R. R. et al. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** 2015, 36, 119–126. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>.

OLIVEIRA R.R. et al. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. **Rev Esc Enferm USP.** 2016; 50(5):733-740. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>. Acesso em 21 de julho de 2020.

OLIVEIRA, M. A.; VELLARDE, G. C.; SÀ, R. A. M. **Entendendo a pesquisa clínica IV: estudos de caso controle.** Revista Femina, vol 43, nº 4, Julho/Agosto, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771209>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

OLIVEIRA RR, et al. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. **Rev Esc Enferm USP.** 2016;50(5):733-740. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>. Acesso em 25 de fevereiro de 2022.

OLIVEIRA, E. G. et al. Perfil das mulheres submetidas à cesariana segundo Classificação de Robson: pesquisa de campo / Perfil de mujeres sometidas a cesárea según la Clasificación de Robson: investigación de campo / Profile of women undergoing cesarean section according to Robson's Classification: field research. Online braz. j. nurs. (Online); 18(3)set. 2019. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/6217/html_2?inline=1. Acesso em 01 de março de 2022.

OPEN EPI. Estatísticas Epidemiológicas de código aberto para a Saúde Pública. <https://www.openepi.com/SampleSize/SSCC.htm>. Acesso em 24 de outubro de 2020.

PARÁ. Lei Nº 9016 de 30/01/2020. Dispõe sobre a garantia à gestante da possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Publicada no diário oficial em 30 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=389430>. Acesso em: 20 de julho de 2020.

PARANÁ. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Lei 20.127. Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Publicada no Diário Oficial nº. 10605 de 15 de janeiro de 2020. Acesso em: 20 de julho de 2020.

PEREIRA, S. B. et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm** [Internet], 2018; 71(Suppl 2), 1393–1399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>. Acesso em 29 de setembro de 2020.

PARANÁ. COREN. Posicionamento do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná – COREN/PR. Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras – ABENFO, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN-PR e Rede feminista de Saúde - RFS-PR, referente à LEI Nº 20.127, DE 15/01/2020 – Deputada Mabel Canto. <https://corenpr.gov.br/portal/noticias/1025-posicionamento-sobre-a-lei-n-20-127-de-15-01-2020-deputado-mabel-canto>.

RASADOR, S; ABEGG, C. Factors associated with the route of birth delivery in a city in the Northeast region in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2019, v. 19, n. 4 [Accessed 9 March 2022] , pp. 797-805. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400004>>. Epub 13 Jan 2020. ISSN 1806-9304. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400004>.

REIS, A.M.; BELTRAME, R.C.T.; ARANTES, R.B.S.; CORREA, A.C.P.; MARTINS, D.P. Taxas de cesarianas em um hospital universitário a partir da classificação de robson. **Cienc Cuid Saude** 2020; 19: e 47196. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/47196/751375150724>. Acesso em 02 de março de 2022.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2016, vol.25, n.1 [citado 2020-09-13], e3570014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100501&lng=pt&nrm=iso>. Epub 22-Mar-2016. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>. Acesso em: 26 de julho de 2020.

ROBSON, M. S. Can we reduce the caesarean section rate? **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 15, n. 1, p. 179-94, Feb 2001. ISSN 1521-6934 (Print)

1521-6934 (Linking). Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11359322> >. Acesso em: 28 de janeiro de 2021.

SANTANA, F. et al. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 123 - 127, 2015. Disponível emfile:///D:/Documents/Mestrado/Projeto%20de%20Pesquisa/Artigos/Conhecimento%20para%20escolha%20da%20via%20de%20parto/21337-64401-1-PB.pdf. Acesso em 22 de dezembro de 2021.

SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, Volume. VI, Número 2. Ano 2016/1º Semestre. ISSN 2238-8427. Artigo recebido dia 08 de abril de 2016 e aprovado em 17 de maio de 2016. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>. Acesso em 28 de fevereiro de 2022.

SANTOS, D. R. et al. Avaliação da eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense. **Saúde debate [online]**. 2020, vol.44, n.124 [cited 2020-10-11], pp.70-85. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100070&lng=en&nrm=iso>. Epub May 08, 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012405>. Acesso em 28 de fevereiro de 2022.

SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. Políticas De Humanização Ao Pré-Natal e Parto: Uma Revisão De Literatura. Humanization the Policies Prenatal and Childbirth: a Literature Review. **Revista Científica FacMais**, 2016, 6(2), 54–64. <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6>. Acesso em: 20 de julho de 2020.

SÃO PAULO (Estado). Projeto de Lei n.º 435, de 2019. Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. São Paulo, SP, 10 abr. 2019. Disponível em <<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>>. Acesso em: 20 de julho de 2020.

SILVA, L. B. R. A. DE A. et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2021, v. 26, n. 3 [Acessado 28 Fevereiro 2022] , pp. 931-9.40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.25782020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.25782020>. Acesso em 20 de fevereiro de 2022.

SILVA, D. E. S.; LIMA, K. M. S.; SANTOS, J. M.; MENEZES, A. F. de; FREITAS, C. K. A. C.; LEITE, A. M. Razões maternas da preferência inicial pelo tipo de parto

em um município do nordeste brasileiro. **Cogitare enferm.** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/68997/pdfhttp://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.68997>. Acesso em: 25 de abril de 2022.

SILVA, T. P. R. et al. Influence of maternal age and hospital characteristics on the mode of delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2020, v. 73, suppl 4 [Acessado 1 Março 2022], e20180955. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0955>>. Epub 31 Jul 2020. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0955>. Acesso em 01 de abril de 2022.

SILVA, S. P. C. , et al. Parto normal ou cesariana: fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem UFSM**. Santa Maria, jan/março, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/download/pdf>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2022.

SOUSA, J. V.; OLIVEIRA, M. S.; ENCARNAÇÃO, S. C. Influência da escolha do parto pelas gestantes. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, (2015). 2(2), 31–43. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Influ%C3%Aancia-da-escolha-do-parto-pelas-gestantes-v.2-n.2.pdf>. Acesso em 20 de julho de 2020.

STOLL, K.; EDMONDS, J. K.; HALL, W. A. .Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Delivery Among Young American Women Before Childbirth: A Survey Study. *Birth Issues in perinatal care*, v 42, issue 3, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/action/doSearch?ContribAuthorRaw=Stoll%2C+Kathrin>.

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M. F. T. G.; MENDES, M. A. DE S. M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2019, v. 24, n. 4 [Acessado 2 Março 2022], pp. 1527-1536. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.06962017>>. Epub 02 Maio 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.06962017>. Acesso em 20 de fevereiro de 2022.

TAVARES, V. M. C.; et al. Roda de conversa: atenção integral à saúde das mulheres e questões de gênero. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 61501-61510 aug. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/15520>. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

Vale, L. D. et al. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas em uma maternidade pública. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2015, v. 36, n. 3 [Acessado em 1º de maio de 2022], pp. 86-92. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.50032>>. Epub Jul-Set 2015. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.50032>. Acesso em 21 de abril de 2022.

VEGAS, C. E. P., et al. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 33, n. 3, 00197315. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00197315>>. Epub 20 Abr 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197315>. Acesso em 28 Fevereiro 2022.

VIANA, T. G. F.; MARTINS, E. F.; SOUSA, A. M. M.; SOUZA, K. V.; REZENDE, E. M.; MATOZINHOS, F. P. Motivo da realização de cesárea segundo relato das mães e registros de prontuários em maternidades de Belo Horizonte. **REME – Rev Min Enferm.** 2018[citado em];22:e-1073. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20180003. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

VICTORA, C.; GOMES, et al. Quadro epidemiológico das mortes súbitas na infância em cidades gaúchas (Brasil). *Revista de Saúde Pública* [online]. 1987, v. 21, n. 6 [Acessado 5 Maio 2022] , pp. 490-496. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000600004>>. Epub 06 Jan 2005. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000600004>.

ZHAO, Y. et al. Modest Rise in Caesarean Section from 2000-2010: The Dutch Experience. **PLoS One**, v. 11, n. 5, p. e0155565, 2016. ISSN 1932-6203 (Electronic). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0155565>.

WHO. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. April 10, 2015 3:44 PM - Ascom SE/UNA-SUS. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3#:~:text=Desde%201985%2C%20a%20comunidade%20m%C3%A9dica,desenvolvidos%20como%20naqueles%20em%20desenvolvimento. Acesso em 24 de abril de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Robson classification: implementation manual. 2017. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/. Acesso em 01 de março de 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados

Dados de Identificação		
1. Código numérico:	Entrevistador:	
2. Iniciais do nome:	2. DN:	
3. Cor ou raça: ()Branca ()Preta ()Parda ()Indígena ()Amarela		
4. Escolaridade: ()Sem instrução ()Fundamental incompleto ()Fundamental Completo ()Médio incompleto ()Médio Completo ()Superior incompleto ()Superior completo		
5. Estado civil: ()Casada ()Solteira ()Divorciada ()Viúva ()Companheiro fixo		
6. Renda em salários mínimos: () Menos de 1 () entre 1 e 2 () entre 3 e 4 () mais de 5		
7. Endereço:	8. Município:	
9. Telefone:		
Dados obstétricos atuais		
10. Qual seu tipo de parto atual? ()PN ()PN com fórceps ()Cesárea ()Cesárea com laqueadura		
11. Gestação foi planejada? ()S ()N	12. Desejada? ()S ()N	13. Gemelaridade ? ()S ()N
14. O parto foi como você esperava? ()S ()N Explique:		
História obstétrica progressa e influência sobre o parto atual		
15. História obstétrica: ____PN ____PC ____Aborto		
16. No seu último filho, que tipo de parto vc preferia? () N ()C		
17. Que tipo de parto ocorreu? () N ()C		
18. O parto anterior influenciou a tomada de decisão para o parto atual? ()S ()N		
Orientações sobre o parto fornecidas pela equipe de pré-natal		
19. Quantas consultas você realizou no Pré-natal: () Até 3 () 4 a 6 () 7 e mais		
20. Qual o profissional que fez o acompanhamento do pré-natal: ()Enfermeiro ()Médico ()Enfermeiro e médico () Técnica(o) de enfermagem		
21. Alguém conversou com você sobre o tipo de parto no pré-natal? ()S ()N Quem? ()Enfermeiro ()Médico ()Enfermeiro e médico () Técnica(o) de enfermagem		
22. Durante a gestação você tinha dúvidas sobre o tipo de parto? () S ()N Quais dúvidas?		
23. As dúvidas foram esclarecidas no Pré-natal? ()S ()N		
24. Você foi orientada que o parto normal favorece a respiração do bebê ao nascer mais que a cesárea? ()S ()N		

25. Você foi orientada que o parto normal é um processo doloroso com contrações regulares que terminam ao nascimento? ()S ()N
26. Você foi informada que as dores do parto normal podem ser amenizadas com exercícios de respiração? () S()N
27. Você foi informada que as dores do parto normal podem ser diminuídas com exercícios de relaxamento e massagem? ()S ()N
28. A equipe de saúde te informou que as dores do parto normal podem ser controladas com banho de água quente? ()S ()N
29. Foi explicado que o parto normal tem uma fase latente e uma fase mais ativa? ()S ()N
30. Explicaram o que é a dilatação do colo do útero e como ela ocorre? ()S ()N
31. Você foi informada em que momento deveria ir para o hospital? ()S () N
32. Você recebeu informações sobre sinais de trabalho de parto? ()S ()N
33. Explicaram sobre o rompimento da bolsa das águas? ()S ()N
34. Você foi informada pela equipe de saúde que as dores no pós parto são menores no parto normal do que na cesárea? ()S ()N
35. Você foi informada que as complicações no pós parto são menores no parto normal do que na cesárea? ()S ()N
36. Você foi informada que o risco de infecção é maior na cesárea que no parto normal? ()S ()N
37. Foi informada que o parto normal favorece o aleitamento materno mais que a cesárea? ()S ()N
38. Você foi informada que a cicatriz do corte do parto normal (quando realizada) é menor que na cesárea? ()S ()N
39. Você foi informada que o parto normal tem recuperação mais rápida que a cesárea? ()S ()N
40. Você foi informada que a cesárea é uma cirurgia e a recuperação é mais lenta? ()S ()N
41. Você considera que as informações ofertadas no pré-natal são suficientes para você decidir qual o tipo de parto você prefere?

Assistência ao parto

42. Gostaria que me contasse brevemente como foi sua experiência durante o trabalho de parto atual.

43. Quem te atendeu durante o trabalho de parto? Assinale mais de uma opção se necessário.

()Médico ()Enfermeira ()Técnico de enfermagem ()Não sabe diferenciar

44. Quem te atendeu na hora do nascimento? Assinale mais de uma opção se necessário.

()Médico ()Enfermeira ()Técnico de enfermagem ()Não sabe diferenciar

45. O que você achou do atendimento dos profissionais de saúde? Justifique se necessário: () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo	
46. Durante o trabalho de parto a equipe te informou das condutas que estavam sendo tomadas? () S () N	
47. Você compreendeu o que estava sendo feito? () S () N	
48. Perguntaram a você qual o tipo de parto que você gostaria de ter? () S () N	
49. Algum profissional teve alguma atitude que vc não gostou? () S () N Quem?	
50. Algum profissional teve alguma atitude positiva, que te ajudou de alguma forma? () S () N Quem? () Médico () Enfermeira () Técnico de enfermagem	
51. Alguém explicou para você sobre as rotinas da maternidade durante o trabalho de parto? () S () N Caso positivo, quem?	
52. Você gostaria que algo fosse diferente? () S () N Explique:	
Sobre à tomada de decisão no parto atual	
53. No começo da gravidez, que tipo de parto você queria? () N () C () Não tinha preferência () Não sabia	
54. Você mudou sua opinião? () S () N	Em que momento?
55. Qual motivo te levou a mudar de opinião?	
56. Você decidiu sozinha sobre o que gostaria de fazer no nascimento do seu filho? () S () N	
57. Quem te ajudou a decidir sobre sua escolha? () Família () Companheiro () Amigos () Médico () Enfermeiros () Internet/ Redes sociais () Leitura e estudos sobre o tema	
58. Seu parceiro foi abordado em algum momento? () S () N	Por quem?
59. Em que momento seu parceiro foi abordado? () Pré-natal () No trabalho de parto	
60. Algum profissional de saúde te perguntou sobre sua preferência pela via de parto? () S () N Quem? Em que momento?	
61. Considera que sua opinião sobre a via de parto foi respeitada? () S () N Justifique	
62. Como foram os partos de pessoas próximas a vc? () N () C () Não sei	
63. Os partos das pessoas próximas a você interferiram na sua decisão? () S () N	
64. Qual fonte de informação você mais consultou para te ajudar a decidir o tipo de parto? () Médico () Enfermeiro () Médico e enfermeiro	

- Amigas
- Parentes
- Redes sociais
- Livros e revistas
- Não consultei fontes de informação
- Outros _____

65. Qual foi o fator mais decisivo para a escolha da via de parto?

- Experiência do parto anterior
- Recuperação pós parto
- Influência de amigos e familiares
- Redes sociais
- Estudos e leituras
- Opção por laqueadura
- Medo da dor
- Medo do parto normal
- Preocupação com a vida sexual após o parto
- Intercorrências maternas
- Intercorrências fetais
- Outros fatores. Explique:

Legislação

66. Você conhece a Lei 20.127 do Paraná, a qual dá o direito de escolha da via de parto para a mulher

- S N

67. Quem te orientou sobre a existência da Lei: Equipe de pré-natal Equipe da maternidade:

68. Você utilizou a Lei para escolher o tipo de parto? S N

69. Se sim, em que momento? No pré-natal No começo do trabalho de parto

No meio do trabalho de parto No final do trabalho de parto

70. A sua opção foi acatada: S N

Apêndice B – Termo de Confidencialidade e sigilo

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Marcela Castilho, brasileira, divorciada, enfermeira, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº 032.362.759-52, juntamente com a Orientadora Prof^a Dra Edilaine Giovanini Rossetto, brasileira, casada, enfermeira/docente, inscrita no CPF/MF sob o nº _____, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “FATORES ASSOCIADOS À TOMADA DE DECISÃO SOBRE A VIA DE PARTO NA PERCEPÇÃO DAS MULHERES”, a que tiver acesso nas dependências do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina,

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa à operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Local,
Ass. _____

____/____/____.

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezada Senhora

Você está sendo convidada a participar voluntariamente de uma pesquisa sobre “PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A TOMADA DE DECISÃO QUANTO À VIA DE PARTO: ESTUDO DE CASO-CONTROLE”. pesquisa está sendo desenvolvida pela aluna do mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Marcela Castilho, sob a orientação da Professora Dra Edilaine Giovanini Rossetto.

Os objetivos do estudo são analisar os fatores associados à tomada de decisão sobre a via de parto. Sua participação, respondendo a uma entrevista sobre a sua percepção, é muito importante. Este estudo pode trazer informações importantes para a compreensão sobre o que determina a escolha da via de parto e assim contribuir para melhorias nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher e ao nascimento. Esta contribuição pode beneficiá-la no futuro bem como a seus entes queridos e toda a sociedade.

Informamos que os riscos desta pesquisa serão mínimos para você e se referem a disponibilizar seu tempo para responder à entrevista com perguntas abertas e fechadas que durará em média 15 minutos. Serão tomados os devidos cuidados para não interferir nos cuidados com o bebê e com você. Faremos o possível para auxiliá-la caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Esclarecemos que você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Esclarecemos ainda, que os dados obtidos durante a entrevista serão confidenciais e seu anonimato estará garantido. Você não será identificada nem no banco de dados, nem na divulgação de resultados e nem na publicação de resultados no meio científico. O banco de dados será guardado por 5 anos e depois serão incinerados. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional.

Sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. A sua disposição para responder à entrevista será criteriosamente respeitada. Caso decida não participar do


estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, cujos dados estão disponíveis no final do texto.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Santo Antônio da Platina , ____ de _____ de _____


Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora:
Marcela Castilho
Telefone: (43)998361605
Email: marcela.castilho@uel.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UEL, LABESC - Laboratório
Escola de Pós-Graduação - sala 14, Campus Universitário –
Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina- Pr - CEP: 86057-970, Telefone:
43-3371-5455
E-mail: cep268@uel.br

ANEXOS

ANEXO A: Declaração de Concordância Serviços Envolvidos e/ou de Instituição



HOSPITAL REGIONAL DO NORTE PIONEIRO
DIVISÃO ADMINISTRATIVA



Santo Antônio da Platina, 22 de outubro de 2020

Ofício nº 117/2020

Ilma. Sra. Profa. Dra. Adriana Lourenço Soares Russo
Coordenadora do CEP/UUEL

Assunto: Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição

Senhora Coordenadora

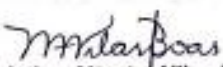
Declaramos que nós do Hospital Regional do Norte Pioneiro do Paraná, localizado no município de Santo Antônio da Platina, que prestamos atendimento aos 22 municípios da 19ª Regional de Jacarezinho, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A TOMADA DE DECISÃO QUANTO À VIA DE PARTO: ESTUDO DE CASO-CONTROLE" sob a responsabilidade da Diretora de Enfermagem Luana Cristina F. de Souza e da Diretora Geral Interina, Márcia Cristina Altvater Vilas Boas, nas nossas dependências, exceto nas dependências da UTI adulta, atualmente destinada exclusivamente ao atendimento COVID, bem como não circular em área de acesso de restrito, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final (primeiro semestre de 2021).

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão puérperas de risco habitual e intermediário, maiores de 18 anos que tiveram parto a termo. Serão excluídas do estudo puérperas com feto natimorto, puérperas cujo recém-nascido foi internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e as que não estiverem em

HOSPITAL REGIONAL DO NORTE PIONEIRO
Endereço: Rua Genor Juliano, nº: 11, Santo Antônio da Platina - PR, 85430-000
Fone: (43) 35346203
Email: marcia.altvater@funeas.pr.gov.br marcia.altvater@gmail.com.br

boas condições clínicas para responderem ao formulário. As mulheres serão entrevistadas por um grupo de 5 alunas da FANORPI (Faculdade do Norte Pioneiro) e também pela pesquisadora principal (Marcela Castilho); bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,


Márcia Cristina Alvater Vilas Boas
Diretora Geral Interina
Hospital Regional do Norte Pioneiro
Santo Antônio da Platina

Márcia C. Alvater Vilas Boas
Diretora Administrativa
Portaria nº 054/2020

ANEXO B – PARECER CONSUBSTACIADO DO CEP



Centro de Ética em
Pesquisas Científicas
Totalmente

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTACIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A TOMADA DE DECISÃO QUANTO À VIA DE PARTO: ESTUDO DE CASO-CONTROLE

Pesquisador: MARCELA CASTILHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40063330.1.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.429.113

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1853818.pdf de 25/11/2020

Trata-se de um projeto de pesquisa a ser desenvolvido no Programa de Mestrado em Enfermagem

Resumo: Na tentativa de fortalecer as ações de proteção à saúde da mulher e prevenção de violência obstétrica a Assembleia Legislativa do Estado do Paraná decretou e sancionou em 15 de janeiro de 2020 a Lei Nº 20127, que confere à mulher o direito de optar pela realização ou não de cesariana eletiva. A pesquisa tem como objetivo geral analisar os fatores associados à tomada de decisão sobre a via de parto na percepção das mulheres. Trata-se de um estudo observacional analítico do tipo caso-controle, onde serão analisadas a associação entre os fatores de escolha da via de parto e o desfecho tipo de parto. Os casos serão representados pela variável parto cesáreo (n=72) e os controles pelo parto vaginal (n=144). A coleta de dados será realizada no Hospital Regional do Norte Pioneiro do Paraná que atende os partos dos municípios pertencentes à 19ª Regional de saúde de Jacarandá. A amostra será composta por puérperas hospitalizadas por ocasião do parto, classificadas como risco habitual e risco intermediário, idade maior que 18 anos e parto a termo (maior de 37 semanas gestacionais). Serão excluídas puérperas com feto natimorto e puérperas cujo recém-nascido foi internado na Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Os dados serão coletados por meio de entrevista com aplicação de formulário previamente

Endereço: LADESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-690

UF: PR Município: LONDRINA

Telefones: (43)3371-5455

E-mail: cep200@uel.br