

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado em Bioética

Sara Soldera Modenez

**REFLEXÕES BIOÉTICAS PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA
AO PRÉ-NATAL: A AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DA
VIA DE PARTO**

São Paulo
2012

Sara Soldera Modenez

**REFLEXÕES BIOÉTICAS PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA
AO PRÉ-NATAL: A AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DA
VIA DE PARTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, orientado pelos Profs. Drs. Margareth Rose Priel e William Saad Hossne, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética

**São Paulo
2012**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, autor e mestre da minha vida.

À minha mãe Ana Maria, meu maior tesouro, a quem devo tudo que sou hoje.

À minha querida irmã Roberta (in memoriam), por quem tenho amor puro e sublime, que me ensinou a lutar pela vida, de maneira formidável.

Ao meu pai José Carlos (in memoriam), que me educou para que eu fosse capaz de chegar até aqui.

Ao meu querido namorado Emerson, que foi fundamental para a minha vida nestes últimos dois anos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me abençoar sempre e por ter me guiado pelo seu caminho nestes dois últimos anos, que foram de tanta luta, mas cheios de vitórias.

À Reitoria e Vice-reitoria do Centro Universitário São Camilo, que me deram oportunidade de terminar este curso de Mestrado quando enfrentei dificuldades.

Ao Professor Doutor William Saad Hossne, sensível e humano, por quem tenho um grande carinho e por ter me auxiliado durante toda esta trajetória.

À Professora Doutora Margareth Rose Priel, que me orientou no caminho a seguir para chegar ao final desta pesquisa.

À equipe da Diretoria do Hospital Geral de Carapicuíba, onde esta pesquisa foi realizada.

Às pacientes do Hospital Geral de Carapicuíba que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Marcelo Alvarenga Calil, por quem tenho um grande carinho, por ter contribuído de forma direta para a construção do meu saber e para a minha formação acadêmica durante todos estes últimos 12 anos.

Ao Professor Alfredo Donis Romero, por quem tenho um grande carinho e apreço, que fez parte de toda a minha vida acadêmica, me ensinando a ser uma profissional melhor.

Às minhas amigas, Cristiane Ilias Molina e Renata Ilias Molina, médicas residentes de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Geral de Carapicuíba, por terem cedido seu tempo para me ajudar na aplicação dos questionários.

Aos meus familiares, que estiveram sempre ao meu lado, me dando apoio e conforto.

“Eu te escolhi ainda quando eu planejava a criação (Efésios 1.11) e já te conhecia bem antes de tua concepção (Jeremias 1.4-5), tu foste feito à minha imagem e semelhança, (Genesis 1.27) e de forma admirável e maravilhosa, (Salmos 139.14) por seres tu, minha descendência (Atos 17.28). Eu te formei no ventre da tua mãe, (Salmos 139.13) e determinei a hora exata do teu nascimento e onde deverias viver (Atos 17. 26). Eu te tirei do ventre da tua mãe, no dia do teu nascimento (Salmos 71.6). Em mim tu vives e te moves, e tens existido (Atos 17.28). Tu não és um erro, pois todos os teus dias foram escritos no meu livro (Salmos 139. 15-16).”

MODENEZ, Sara Soldera. **Reflexões bioéticas para uma assistência humanizada ao pré-natal:** a autonomia da gestante na escolha da via de parto. 2012. 104f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2012.

A escolha da via de parto é decisão de suma importância para a gestante. Muitas vezes a decisão é motivo de discussões médicas e clínicas, e delas a gestante não participa; além disso, não raras vezes ela é muito mal informada quanto aos riscos, benefícios e vantagens de cada uma das vias de parto. Na prática, a “liberdade de escolha” assegurada à mulher é frequentemente ignorada e obstada pelas precárias informações prestadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto. Estudos mostram que o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano. A pesquisa realizada revela um estado de precariedade quanto ao exercício da autonomia da gestante na escolha da via de parto. E, mesmo quando ela escolhe, tal decisão é tomada com base em informações precárias. Ademais, apenas pequena parcela das gestantes tem acesso às informações devidas pela equipe de profissionais, revelando um estado preocupante com relação a esta decisão tão importante na vida da gestante e da sua família.

Palavras-chave: Gestação. Parto. Autonomia. Informações.

MODENEZ, Sara Soldera. **Bioethics reflections on a humanized prenatal assistance:** the autonomy of pregnant women in the choice of mode of delivery. 2012. 104f. Dissertation (Masters in Bioethics) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2012.

The choice of mode of delivery is an extremely important decision for the pregnant woman. Many times this decision is a reason for medical and clinical discussion, being the expectant mother not participating; besides that in several times she is misinformed about the risks, benefits and advantages of each of the different modes of delivery. In practice, the “freedom of choice” assured to the women is often ignored and hampered by poor information provided about the risks involved in procedures related to childbirth. Research show that the environment of each pregnancy is determinant to its own development as well as for the relation that the woman and the family will establish with the child since the first hours after birth. A favorable environment strengthens family ties, a basic condition for a healthy human development. This paper’s research reveals a state of precariousness regarding the exercise of the autonomy of pregnant woman in the choice of mode of delivery. Even when she does the choice, her decision is based on precarious information received. Moreover, only a small share of pregnant women has access to reliable information from the professional teams, revealing a disturbing sense in relation to such an important decision for the pregnant woman and her family.

Keywords: Pregnancy. Childbirth. Autonomy. Information.

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Existência do esclarecimento	48
Gráfico 2 – Conteúdo do esclarecimento: parto normal	49
Gráfico 3 – Conteúdo do esclarecimento: parto cesáreo	50
Gráfico 4 – Manifestação da vontade: opinião da gestante.....	51
Gráfico 5 – Manifestação da vontade: discussão com família e médico	52
Gráfico 6 – Qualidade do esclarecimento: suficiência das informações.....	53
Gráfico 7 – Qualidade do esclarecimento: importância das informações.....	54
Gráfico 8 – Eficácia do esclarecimento	55
Gráfico 9 – Resultado do esclarecimento: opção pelo parto normal	56
Gráfico 10 – Resultado do esclarecimento: opção pelo parto cesáreo	57
Gráfico 11 – Resultado do esclarecimento: indecisão.....	58
Gráfico 12 – Esclarecimento das dúvidas quanto à gestação.....	59
Gráfico 13 – Esclarecimento das dúvidas quanto ao momento do parto	60
Gráfico 14 – Permissão da participação do acompanhante	62
Gráfico 15 – Visita à maternidade durante o pré-natal	63
Gráfico 16 – Satisfação da gestante quanto ao pré-natal	64
Gráfico 17 – Suficiência do número de consultas no pré-natal	64
Gráfico 18 – Participação da gestante em palestras educativas.....	65
Gráfico 19 – Sensação de “acolhimento” com relação à UBS.....	66
Gráfico 20 – Atendimento por equipe multidisciplinar	67
Gráfico 21 – Planejamento familiar	68
Gráfico 22 – Estado civil das gestantes	68
Gráfico 23 – Escolaridade das gestantes	69
Gráfico 24 – Número de consultas realizadas pelas pacientes.....	71

Lista de Tabelas

Tabela 1 – KMO and Bartlett's Test	47
Tabela 2 – Idade das gestantes	69
Tabela 3 – Idade gestacional das pacientes (em semanas)	70
Tabela 4 – Número de consultas realizadas pelas pacientes	70
Tabela 5 – Origem das pacientes por Unidade Básica de Saúde	71

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Lista de Gráficos	
Lista de Tabelas	
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa do estudo	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivo específico	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 A autonomia	15
3.2 O consentimento livre e esclarecido.....	19
3.3 A relação entre autonomia e o consentimento livre esclarecido.....	21
3.3.1 Da distinção entre valores e princípios.....	22
3.3.2 Da distinção entre princípios e regras	26
3.3.3 Da relação entre autonomia e consentimento livre esclarecido	30
3.4 Assistência humanizada ao pré-natal.....	31
3.4.1 A incorporação da tecnologia e a alteração da relação médico-paciente	35
3.5 Direitos da paciente no pré-natal e no parto	37
3.6 Considerações sobre o parto normal e o parto cesáreo	39
4 CASUÍSTICA E METODOLOGIA	41
4.1 Local do estudo	41
4.2 Casuística.....	42
4.3 Critérios de inclusão e exclusão para seleção das pacientes	43
4.3.1 Critérios de inclusão na pesquisa.....	43
4.3.2 Critérios de exclusão da pesquisa.....	44
4.4 Instrumento de pesquisa	44
4.5 Aspectos éticos	45
4.6 Análise dos dados	45
5 RESULTADOS	46
5.1 Viabilidade estatística.....	46
5.2 Análise das respostas	47

5.2.1 Existência do esclarecimento	47
5.2.2 Conteúdo do esclarecimento	48
5.2.3 Manifestação de vontade	50
5.2.4 Qualidade do esclarecimento	52
5.2.5 Eficácia do esclarecimento	54
5.2.6 Resultado do esclarecimento	56
5.2.7 Dúvida e esclarecimento	59
5.2.8 Esclarecimento e atendimento	61
5.2.9 Planejamento familiar	67
5.3 Estatística descritiva.....	68
6 DISCUSSÃO	72
7 CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE A - Questionário	88
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	93
APÊNDICE C - Consentimento pós-informação.....	95
APÊNDICE D - Questionário subdividido em categorias.....	96
ANEXO A – Teste de esfericidade de Bartlett	
ANEXO B – Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	
ANEXO C – Análise do coeficiente alfa de Combrach	

1 INTRODUÇÃO

A gestação representa período único e especial na vida da mulher, no qual a sensação de tornar-se mãe confunde-se muitas vezes com incertezas, medos e inseguranças. Esse fato é marcante nas primigestas, especialmente no que se relaciona ao momento do parto. Em muitos casos, a escolha da via de parto motiva grande discussão clínica e em geral, a gestante não participa dessa discussão, sendo, quando muito, informada sobre a decisão médica final. Não se leva em consideração sua aceitação ou não em relação à conduta a ser tomada, nem a associação entre a sua aceitação e os resultados perinatais obtidos (TEDESCO, 2004).

A aparente "liberdade de escolha" assegurada à mulher é, na prática, frequentemente ceifada pela manipulação das informações prestadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto.

Diante das discussões científicas e sociais sobre as vias de parto que persistem durante décadas, é importante conhecer a opinião daquela que é a principal envolvida no processo de transição de uma fase de ousadia e liberdade que marcam a sua vida antes do "tornar-se mãe", para uma fase de compromisso, responsabilidade e obrigações que chegam com a maternidade (TEDESCO, 2004).

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família.

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano.

Assim, a história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. São também parte desta história os fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal. Contando sua história, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda.

Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas tabus, como os diferentes tipos de parto, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos (BRASIL, 2005a).

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família, protagonistas principais da gestação e do parto.

Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesmo, levando a um nascimento tranquilo e saudável.

O profissional humanizado, capaz de oferecer uma assistência humanizada ao pré-natal, é todo aquele que entende as dimensões subjetivas do seu paciente como prioritárias. É o profissional que encara toda a paciente como singular, irreprodutível e diferente de todas as outras. Encara o nascimento como momento único e evento ápice da feminilidade. Trata seus pacientes com gentileza e respeito, oferecendo às mulheres a condução do processo. Debate incansavelmente com sua paciente sobre todos os aspectos técnicos do nascimento, usando palavras de fácil compreensão e sempre respeitando a visão que a mulher tem do processo. Usa os protocolos mais atualizados, para o tratamento de suas pacientes, mas sempre leva em consideração a dimensão subjetiva de cada uma, forjada na sua história pessoal, suas lembranças, seus medos, suas expectativas, seus sonhos, suas características físicas e seu desejo de passar pelo nascimento de seus filhos como um ritual de amadurecimento. É um profissional que alia as habilidades técnicas com uma postura compassiva em relação às mulheres grávidas, entendendo-as como possuidoras de um grande tesouro, que deve ser cuidado com carinho e respeito (BRASIL, 2005a).

A complexidade dos fatores que cercam o parto e sua assistência têm suscitado questionamentos envolvendo desde a qualidade da atenção obstétrica até o significado da parturição para as mulheres (BARBOSA, 2003).

1.1 Justificativa do estudo

A autonomia da gestante na escolha da via de parto deve ser preservada e suas decisões respeitadas. Para tanto, uma assistência humanizada ao pré-natal deve ser instituída tão logo se faça o diagnóstico de gestação, dando tempo para que seja estabelecida uma relação médico-paciente baseada na confiança mútua desde o início. Durante esta assistência, o ideal é que não seja feita apologia ao

parto normal ou cesáreo, mas que as pacientes sejam orientadas sobre as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, sobre a fisiologia do parto normal e sobre os procedimentos invasivos que são feitos no parto operatório e os riscos inerentes a estes procedimentos. Com estas informações adquiridas durante o pré-natal, a paciente bem assistida será capaz de decidir em conjunto com seu médico e sua família sobre a via de parto que lhe trouxer mais benefícios e maior conforto no período após parto.

Esta pesquisa trará como contribuição o conhecimento de como o assunto sobre os diferentes tipos de parto é abordado no pré-natal e de que forma isso contribui para que a autonomia da paciente na escolha do seu tipo de parto seja respeitada e valorizada. E desta maneira, promover uma reflexão por parte dos profissionais envolvidos, para que a assistência ao pré-natal seja cada vez mais humanizada, fornecendo condições adequadas para que a autonomia da paciente seja exercida de forma plena.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar possíveis fatores na assistência ao pré-natal que possam contribuir para a não valorização da autonomia da gestante na escolha da via de parto.

2.2 Objetivo específico

Identificar se as pacientes receberam algum tipo de informação a respeito das diferentes vias de parto.

Identificar se durante o pré-natal foi discutido com as pacientes e com seus familiares sobre o momento do parto.

Verificar se, durante as consultas de pré-natal, as pacientes tiveram oportunidade de expressar sua opinião a esse respeito.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A autonomia

Com o choque das grandes guerras, surgiu um movimento cultural aproximadamente na década de 1930, que repercutiu e fortemente influenciou todo o restante do século XX, com fortes consequências para o século XXI.

Este movimento cultural teve influência em vários ramos do conhecimento, tal como a literatura, o cinema, a teologia, com Bultmann (1951), a psiquiatria, com Binswanger (1922), e tantos outros.

Mas é na filosofia que se tem a maior expressão do existencialismo, de modo que podemos caracterizá-lo como um conjunto de filosofias ou correntes filosóficas cuja marca comum não são os pressupostos ou as conclusões, mas sim o instrumento de que se vale: a existência, ou seja, o modo de ser próprio do homem enquanto é um modo de ser no mundo, em determinada situação, analisável em termos de possibilidade.

O homem, como ser de possibilidades fundamentais de existência, não encerra em si a totalidade infinita, como o mundo, o ser ou a natureza, de modo que, para o Existencialismo, o termo existência tem significado distinto de outros termos como *consciência*, *espírito*, *pensamento* etc., uma vez que estes servem para interiorizar, ou, como ressalta Abbagnano, torna “imane” no homem a realidade ou o mundo em sua totalidade (ABBAGNANO, 1998), e *existir* significa *relacionar-se com o mundo*.

Esta formulação do problema opõe o Existencialismo a todas as formas do Romantismo oitocentista, seja positivista ou idealista, e aqui faremos uma rápida distinção entre as duas correntes para distingui-las, posto que ambas utilizam-se da interpretação da realidade como instrumento de descrição e análise.

O Existencialismo, ao contrário do Romantismo, reconhece, sem pudores, a importância da materialidade, da exterioridade, da “mundanidade” para o homem, onde as condições da realidade humana são compreendidas nos termos da necessidade, do uso e produção das coisas, do sexo etc.

Constitui, assim, uma reação contra todas as formas de alienação do homem. Este não é um mero *ente*, mas, antes, um *existente*. Isto, talvez, por ter surgido na Europa, no período entre guerras, como reação contra as construções filosóficas sistemáticas que dissolviam o homem em uma série de abstrações, despersonalizando-o.

É também uma reação aos resultados das ciências positivas que estudaram o homem em vários aspectos, perdendo a unidade de sua realidade concreta, enquanto autor de um destino individual.

Nesta sociedade de técnica, que dissolveu o homem como um complexo de funções, surge o Existencialismo, como uma forma de humanismo, apontando para a valorização pessoal e responsável do homem, por meio de uma abertura temporal para o mundo em moldes exclusivamente materialistas, negadores de qualquer transcendência, como no existencialismo fechado de Sartre (1946), ou admitindo uma abertura ao absoluto, existencialismo aberto de Marcel (1947) e Jaspers (1938), enquanto Kierkegaard (1989; 1992) busca a valorização do homem num sentido espiritualista, e Nietzsche num sentido materialista.

O existencialismo exerceu e exerce grande influência na formulação da Autonomia. Isto porque, no momento histórico em que passou a ser invocada com maior ênfase, a grande discussão era o problema da desumanização do outro, realizada pelos campos de concentração nazistas, surgindo o questionamento de modos de respeitar a própria condição de existência humana do outro.

Destas observações, surge a discussão da necessidade de liberdade, a liberdade de poder ser a sua própria existência, sem a interferência maléfica de outrem.

O homem deve ser verdadeiramente livre, dentro do que é possível em sua existência, uma vez que o existencialismo teórico vai se aproximar do questionamento se o homem é verdadeiramente livre (ABBAGNANO, 2006), e do que é possível quanto ao respeito e à moralidade com o outro (JASPERS, 1971).

A questão da liberdade significa determinar na medida mais extensa a natureza das relações que ligam o homem aos outros e ao outro (BUBER, 1947). Jaspers chama este fato de *comunicação existencial*, enfatizando que a comunicação não é um objeto ou instrumento, sem outro ser, de modo que a comunicação é uma integração recíproca: a comunicação é um elemento necessário à revelação da existência a si mesma (JASPERS, 1960).

Estas preocupações com a liberdade pessoal e não interferência no âmbito pessoal alheio gerará, na Bioética, a formulação do Princípio da Autonomia, entendida como a capacidade do ser humano de escolher um projeto de vida e escolher também os meios para realizá-lo aqui e agora.

O respeito pela autonomia exige, pelo menos, que se reconheça o direito do sujeito moral de: 1) ter seus próprios pontos de vista; 2) fazer suas próprias opções; e 3) agir em conformidade com seus valores e crenças pessoais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009). Assim, os profissionais de saúde estariam obrigados a dar a seus pacientes a informação necessária, tanto sobre o diagnóstico como sobre as opções terapêuticas disponíveis, deixando-o que opte pelo que lhe convir.

Este princípio ainda deve ser formulado de maneira positiva e negativa: na positiva, consiste na exigência que se dê um tratamento respeitoso às pessoas na comunicação de suas possibilidades, proporcionando a maior quantidade de opções e informações possíveis; e na negativa, consiste na obrigação de não submeter os agentes autônomos a controles externos que as limitem ou as impeçam (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

Assim, autonomia é considerada um direito possuído por toda pessoa adulta ponderada ou por seus representantes, no caso de a própria pessoa ser legal ou psicologicamente incapacitada. Três elementos essenciais devem ser destacados para complementar o significado de autonomia, são eles:

- a capacidade de uma pessoa de compreender as explicações fornecidas e as implicações do ato;
- a capacidade de deliberar sobre as escolhas possíveis em função de seus valores e das metas que ela persegue;
- a capacidade de expressar claramente a própria escolha (DURAND, 2007).

Na ética, a questão é muito mais complexa. Kant interioriza e amplia o conceito de autonomia (do grego *autó-nomos*: dar a si mesmo as próprias leis), sendo esta propriedade do agente racional “que só se determina em virtude de sua própria lei, que é a de se conformar ao dever ditado pela razão prática”; a ideia fundamental é a de que na deliberação referente à ação, não se deva apenas debater a prudência dessa ação com o fim desejado, mas se deve também determinar se ela é intrinsecamente justa ou moralmente correta. Para Kant, o princípio de autonomia exige que “sempre se faça escolha de tal modo que as máximas de nossa escolha sejam compreendidas ao mesmo tempo como leis universais”. A autonomia remete, portanto, à capacidade ou à responsabilidade de buscar o que constitui o bem, o que é racionalmente ético (DURAND, 2007).

Mais concretamente, na bioética, em relação ao paciente, ao sujeito, ao cidadão, respeitar a autonomia de outrem não é apenas recorrer à sua

autodeterminação, mas ajudar essa pessoa a ir ao limite de si mesma, ajudá-la a descobrir e escolher o que está de acordo com o sentido do respeito à dignidade humana.

Na bioética, o respeito à autonomia inclui, portanto, tudo o que o direito diz sobre autodeterminação e acrescenta a atenção ao bem do outro e dos outros, a preocupação com cada um, a atitude que ajuda (DURAND, 2007).

Da parte dos que intervêm, o princípio de autonomia cria o dever de informação. Esta deve ser dada em uma linguagem acessível ao paciente, deve ser mantida durante todo o processo, deve ser detalhada e deve ser recobrada continuamente.

Tão importante quanto o que informar ao paciente, é como fazer e como dizer. Em 1987, o termo “paternalismo” foi empregado para descrever e deplorar uma atitude que consistiria em escolher a informação dada para que o paciente ou participante de uma pesquisa decidisse no sentido do que desejava o profissional; ou pior, em dar poucas informações ao paciente para deixar ao profissional a tarefa de decidir sobre a ação a ser empreendida, até mesmo de decidir o que seria bom para o doente (DURAND, 2007).

Na análise de fatores decisórios para a escolha da via de parto, deve-se considerar que pressões externas podem ser originadas de diversas fontes: a opinião do médico, quase sempre pouco questionada, o histórico cultural e familiar e o desejo do marido. Todos estes fatores podem influenciar e diminuir a capacidade de decisão da gestante. Quando há o cumprimento de regra sem adesão ou conformidade íntima, não se pode descartar a possibilidade de coação (ALMEIDA, 1999). O médico pode definir uma ação de saúde ou traçar uma linha de acompanhamento clínico baseado não somente nos fundamentos da ciência médica, mas também no instinto protetor, que o leva a crer que o paciente é alguém que não possui discernimento suficiente para escolha autônoma e desta forma, como paternalista desrespeitar a autonomia do mesmo (BARCELLOS, 2009).

3.2 O consentimento livre e esclarecido

O *consentimento livre e esclarecido* é regra que possui fundamento de validade no princípio da Autonomia. Este princípio, por sua vez, teve grande impacto pelas atrocidades das Guerras Mundiais do século XX.

Em razão da desconsideração da "autonomia" do ser humano nos campos de concentração nazistas, em que prisioneiros hebreus, poloneses, russos, italianos, de acordo com atas do processo de Nuremberg, foram submetidos a cruéis experimentações de remédios, de gás, de venenos (VARGA, 1990), editou-se, em 1947, o Código de Nuremberg, primeiro documento legal destinado a expressar a necessidade de respeito aos referenciais éticos na pesquisa, mediante o estabelecimento de dez princípios básicos, sendo mais importantes o princípio 1 e 9, aquele declarando ser o consentimento voluntário do ser humano absolutamente essencial e este permitindo a retirada da pesquisa em qualquer momento.

Em 1948, foi aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual foi sucedida pelo Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966), responsável por lhe conferir força legal e moral, e de estabelecer, em seu art. 7, que ninguém poderia ser submetido a pesquisas médicas ou científicas sem seu livre consentimento.

Desta forma, nasce a ideia do consentimento livre e esclarecido com cunho eminentemente protetivo da dignidade humana.

E embora seu uso corrente na área biomédica seja relativo à participação da pessoa na realização de uma pesquisa ou ainda quando da autorização, do paciente ou de seu representante legal, para realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, deve ser utilizado em todas as áreas do conhecimento científico.

No Brasil, este entendimento foi positivado por meio da Resolução 196/96, conforme esclarece seu mentor, William Saad Hossne (HOSSNE, 2007).

Isto faz que a obtenção do consentimento seja resultado de um processo, sendo a assinatura do termo a etapa final, traduzindo, portanto, o momento conclusivo da formalização de pré-condições que autorizem a participação de um ente moral na tomada da melhor decisão em seu próprio benefício (CARVALHO, 2012).

O termo de consentimento, no Brasil, deve ser formulado segundo os ditames da Resolução 196/1996 (BRASIL, 1996), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que substituiu a Resolução 01/1988.

Quanto o termo, propriamente, não há uniformidade entre os autores sobre a expressão inglesa *informed consent*, que deu origem às diversas variações na língua portuguesa: consentimento informado, consentimento pós-informação, consentimento esclarecido e, finalmente, consentimento livre e esclarecido.

É do entendimento da maioria dos autores que as palavras “livre” e “esclarecido” pressupõem algo além do simplesmente informado (CARVALHO,2012).

De acordo com Clotet, Goldim e Francisconi, dentre as diversas conceituações consignadas na literatura, a de Saunders, Baum e Houghton é a que manifesta de melhor forma o fundamento do consentimento, por considerá-lo como uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo da natureza dos mesmos, das suas consequências e dos seus riscos (CLOTET, 2000).

A liberdade para consentir na utilização do próprio corpo, na profética visão de John Stuart Mill, propõe que sobre si mesmo, seu próprio corpo e mente, o indivíduo é soberano (MILL, 1909).

Não obstante ter difícil evolução na medicina ocidental, representada pela reformulação de um paradigma paternalista para outro humanista, a informação ou relato da verdade é um dos conceitos médicos mais antigos, sendo que, em algumas culturas da antiguidade, a função do médico era, muitas vezes, mais informativa que curativa (BARONA, 1997).

O consentimento esclarecido, por sua vez, é um conceito bem mais recente, que representa uma evolução, pois se utiliza também da informação e está em sintonia com a importância da autonomia do paciente, concepção apenas alcançada pelo advento da Bioética (GULINELI et al, 2004).

E, ainda que represente um avanço como paradigma de humanização, o relato da verdade também tem mostrado ser um importante instrumento terapêutico. Suchman e Matthews (1998) sugerem que a informação diminui o sentimento de isolamento do paciente e colabora para uma cooperação mútua na relação médico-paciente.

Hall e colaboradores (1988) realizaram meta-análise de 41 estudos e concluíram que a satisfação do paciente está relacionada à quantidade de informação recebida e à participação no tratamento.

Por esta clara importância para a humanização da saúde e resgate da dignidade humana, a informação e o consentimento livre e esclarecido são considerados, em vários países ocidentais, como conceitos morais fundamentais.

No Brasil vislumbrou-se como regra esta concepção, sendo previsto no Código de Ética Médica, no art. 23, vedação ao médico para deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Também estabelece, no art. 25, ser vedado deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

3.3 A relação entre autonomia e o consentimento livre e esclarecido

Os primeiros esboços teóricos doutrinários da Bioética nos Estados Unidos tiveram como fundamento o principlismo. Por conta disto, este é um relevante paradigma para a compreensão teórica da Bioética, não apenas na escola americana, mas em muitas outras.

A formulação clássica feita inicialmente por Tom Beauchamp e James Childress considerava como princípios gerais fundamentais para orientar moralmente as decisões dos pesquisadores e clínicos no âmbito da biomedicina os seguintes: 1) respeito pela autonomia; 2) beneficência; 3) não maleficência e; 4) justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

Ainda que sejam os mais relevantes na divulgação inicial do principlismo, tal formulação é encontrada em outros autores, como o próprio Childress demonstra (CHILDRESS, 1994). Para este estudo, o que é relevante notar é que o sentido que se entende *princípios*, por esta escola, não é sempre o mesmo, ou seja, o conceito de *princípio* possui, por diversas vezes, aspecto amplo, a ponto de incluir normas morais, e em outros momentos conferem sentido mais restrito, com claro conteúdo normativo. Todavia, enquanto definição entendem os princípios como normas morais mais amplas e gerais, que são a fonte e fundamento de outras normas mais específicas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

Como se pode observar, a formulação principlológica foi confusa, oscilando

entre regras e valores morais, sem uma definição devidamente feita (GRACIA, 1998).

Desta maneira, quando se analisa a relação entre *Autonomia* e *Consentimento livre e esclarecido*, muitas confusões são feitas, sendo a maior delas o fato de se chamar a ambos de princípio, o que dificulta a compreensão da relação existente entre os dois conceitos.

Assim, para compreender a relação ontológica existente entre *Autonomia* e *Consentimento livre e esclarecido* é preciso compreender a relação existente entre princípios, valores e regras.

Para tanto, considerando que a ciência jurídica, assim como a Bioética, também trabalha com os conceitos de valores, princípios e regras, passa-se a expor algum dos principais posicionamentos sobre esta relação, para se retomar a relação *Autonomia* e *Consentimento livre e esclarecido*.

3.3.1 Da distinção entre valores e princípios

O jus-filósofo alemão, Robert Alexy, analisando as decisões e posicionamentos do Tribunal Constitucional Alemão, formulou sua teoria que entende que a comparação entre princípios (normas) e valores pode apoiar-se em algumas características estruturais gerais dos valores e que se manifestam quando se estabelece uma distinção entre objeto e critério de valoração. Os valores propriamente ditos são apenas os *critérios de valoração*, como bom, mal, econômico, seguro, justo etc., os quais não se confundem com os *objetos valorados*, como os objetos naturais, artefatos, pensamentos, acontecimentos, ações, situações etc. (ALEXY, 2001).

Como um mesmo objeto pode ser valorado com base em diferentes critérios de valoração, muitas vezes contrapostos, os valores tendem a entrar em colisão, de forma que uma *valoração total* (juízo de valor definitivo) somente é possível por meio de uma ponderação entre diversos critérios de valoração.

Estes critérios de valoração, assim como as normas, são válidos ou não. Essa validade não é objeto de algum tipo de evidência ou fruto de um intuicionismo, mas resulta de fundamentações, que, dependendo do tipo de validade de que se trate, podem ser jurídicas, sociais ou éticas (ALEXY, 2001).

Quanto à distinção, Alexy considera princípios e valores como categorias estreitamente vinculadas, o que é muito importante de se ressaltar, especialmente na Bioética, quando valores morais são, muitas vezes, ressaltados como princípios.

Esta estreita vinculação permite que enunciados de princípios possam ser realizados como enunciados de valores e vice-versa, de onde surge a usual confusão de um por outro. Assim, tem o mesmo efeito a ideia de princípio da liberdade de imprensa ou valor da liberdade de imprensa etc. (ALEXY, 2004).

Entretanto, Alexy reconhece que existe uma diferença fundamental entre princípios e valores, que fundamenta na divisão dos conceitos práticos formulados por Georg Henrik von Wright (VON WRIGHT apud ALEXY, 2004).

De acordo com Von Wright, os conceitos práticos se dividem em três grupos: o primeiro diz respeito aos *conceitos deontológicos*, que compreendem, por exemplo, o de mandado, proibição, permissão etc., todos referentes ao conceito deontológico fundamental de *dever ser*; o segundo seriam os *conceitos axiológicos*, como belo, valente, seguro, democrático, social etc., cujo conceito fundamental não é de mandado ou *dever ser*, mas de *bom*; por fim, os *conceitos antropológicos*, como os de vontade, interesse, necessidade, decisão e ação.

Valendo-se desta tripartição de conceitos práticos, dentre os quais apenas são relevantes os conceitos deontológicos e axiológicos, Alexy estabelece uma diferença decisiva entre o conceito de princípio e o de valor, tendo aqueles como mandados, mais especificamente mandados de otimização e, desta forma, pertencem ao âmbito deontológico, enquanto estes, os valores, por outro lado, estão num nível axiológico, pois não expressam o que é devido, mas o que é bom. Assim, se no âmbito deontológico a distinção se dá entre regras e princípios, como tipos de normas que possuem caráter de *dever ser* e expressam verdadeiros mandados (sendo as regras, mandados definitivos e os princípios, mandados de otimização) (VALE, 2009), no nível axiológico a diferença ocorre entre *regras de valoração* (que não podem ser objeto de ponderação) e *valores* (que podem ser objeto de ponderação) (ALEXY, 2001).

Desta forma, a única diferença fundamental entre princípios e valores está no caráter deontológico daqueles e no caráter axiológico destes.

Isto significa que “[...] o que no modelo dos valores é *prima facie* o melhor é, no modelo dos princípios, *prima facie* devido; e o que no modelo dos valores é definitivamente o melhor é, no modelo dos princípios, definitivamente devido”

(ALEXY, 2001).

O que se observa desta distinção feita é que de qualquer forma permanece “a ampla coincidência estrutural entre princípios e valores” (ALEXY, 2004), de tal modo que um enunciado pode ser expresso tanto como valor ou como princípio sem qualquer alteração no processo de argumentação jurídica, ou, para a discussão em questão, no processo de argumentação bioética (ALEXY, 2004).

Assim, a distinção formulada por Alexy possui o efeito inverso de realçar a semelhança estrutural entre princípios e valores. Sua utilidade principal estaria em esclarecer as duas dimensões de uma mesma norma, deontológica ou axiológica. Sem embargos, deixa aberta a possibilidade de que a interpretação da norma passe facilmente da dimensão deontológica para a dimensão axiológica (VALE, 2009).

Para apresentar uma contraposição à ideia acima, e não ter uma única teoria como representativa de todo o paradigma jurídico para princípios e regras, deve-se analisar o pensamento de Habermas a respeito, que chama a teoria de Alexy de “distinções fracas”, e considerando a sua formulação de “distinção forte”. Como se observou acima, na teoria de Alexy, os princípios e valores diferenciam-se *apenas* em virtude de seu caráter deontológico ou axiológico. Para Habermas, o problema desta distinção é exatamente este *apenas* (HABERMAS, 2000).

Habermas defende que os princípios não podem ser considerados semelhantes aos valores, pois ambos têm propriedades lógicas inteiramente distintas.

Princípios e valores, além de diferenciarem-se segundo a referência de cada qual à ação deontológica e axiológica, também se distinguem de acordo com a codificação binária (normas) ou gradual (valores) de sua pretensão de validade; por tipo de caráter vinculante, que é absoluto no caso das normas e relativo nos valores; e, ainda, em relação ao sistema de princípios e ao sistema de valores.

Habermas estabelece esta diferenciação entre princípios e valores considerando quatro aspectos.

O primeiro é que os princípios têm caráter deontológico e os valores têm um sentido teleológico. Os princípios, assim, na condição de normas jurídicas, estabelecem comandos gerais para a prática de um determinado comportamento, ao passo que os valores são entendidos como preferências intersubjetivamente compartilhadas, ou seja, expressam a preferência por certos bens que em determinados contextos consideram-se desejáveis e que podem ser realizados

mediante ações destinadas à consecução deste fim (HABERMAS, 2000).

O segundo é que os princípios, enquanto normas, possuem uma *pretensão binária de validade*, ou seja, ou são válidos ou inválidos; os valores, por sua vez, são avaliados conforme uma *pretensão de validade gradual*, fixando relações de preferência que indicam que determinados bens são mais atrativos que outros (HABERMAS, 2000).

O terceiro aspecto é que os princípios têm caráter vinculante absoluto e o valor, caráter vinculante relativo. Com isso, Habermas quer dizer que a validade deontológica dos princípios tem o sentido absoluto de uma obrigação incondicional e universal – o que é devido pretende ser bom de igual maneira para todos. Os valores possuem o sentido relativo de uma apreciação de bens a qual se está habituado ou que é adotada em uma determinada cultura ou que está representada por certa forma de vida, de modo que “[...] os valores dizem o que é bom de forma relativa para nós” (HABERMAS, 2000).

Por fim, os sistemas de princípios e valores são distintos. Os princípios não podem se contradizer se pretendem conferir validade a um mesmo círculo de destinatários. Por outro lado, os valores concorrem pela primazia em relação a outros valores, de modo que à medida que obtêm reconhecimento intersubjetivo em uma determinada cultura ou forma de vida, “[...] constituem configurações ao mesmo tempo tensas e flexíveis” (HABERMAS, 2000).

Desta forma, conclui-se que Habermas estabelece uma distinção na forma como interpreta/aplica normas e princípios do modo como interpreta/aplica valores. Ressalta-se que o modo como formula os princípios como pertencente ao campo das normas jurídicas, é naturalmente correspondente às normas de direitos fundamentais (LARENZ, 1979). Isto facilita o discurso jurídico, uma vez que a distinção fraca de Alexy traz à tona a necessidade de questionar as premissas que o interlocutor possui, subvertendo o caráter deontológico das normas jurídicas.

3.3.2 Da distinção entre princípios e regras

A ciência jurídica passou a discutir a distinção entre princípios e regras após

formulações feitas por *Karl Larenz* (LARENZ, 1979) e *Roscoe Pound* (POUND, 1911-1912). Todavia, e especialmente na segunda metade do século XX, a análise teve maior repercussão com a obra de Dworkin em seu artigo *O modelo de regras* (1967) e, posteriormente, na marcante obra *Levando os direitos a sério* (2002).

Nesta proposta, Dworkin não concebe uma distinção entre regras e princípios de natureza qualitativa ou lógica, considerando que cada forma normativa fornece uma orientação diferenciada para cada decisão jurídica.¹

O modelo estabelecido teria as regras como aplicadas à maneira disjuntiva (*all-or-nothing fashion*). Isso significa que “[...] dados os fatos que uma regra estipula, ou ela é válida, e nesse caso a resposta que fornece deve ser aceita, ou não é válida, e neste caso em nada contribui para a decisão” (DWORKIN, 1967).

De acordo com esta ideia, as normas apresentariam uma estrutura binária. (GARCÍA-FIGUEROA, 1998). Para que apresente exceções à aplicabilidade de uma regra, estas devem estar enunciadas por si próprias, os casos de aplicação, como explica o autor:

A regra pode ter exceções, mas se as tiver, será impreciso e incompleto simplesmente enunciar a regra, sem enumerar as exceções. Pelo menos em teoria, todas as exceções podem ser arroladas e quanto mais o forem, mais completo será o enunciado da regra. (DWORKIN, 1967).

De modo oposto se manifestam os princípios, uma vez que sua estrutura não estabelece condições que tornam sua aplicação necessária, apenas conduzindo a argumentação em determinado sentido.

Ressalta-se, assim, que enquanto as regras são funcionalmente importantes ou não, de modo que entrando em confronto, apenas uma pode prevalecer, os critérios de escolha de qual merece prosperar são objetivamente definidos por meio de normas que fazem parte do sistema. Ou seja, a decisão acerca de qual regra deve ser abandonada ou acatada segue outras regras, seja a de superioridade, a cronológica, a mais específica, a mais benéfica etc.

Em que pese a distinção, ela não é suficiente para todas as distinções de regras e princípios. Dworkin mesmo reconhece esta possibilidade limítrofe entre ambas fórmulas jurídicas normativas, de que nem sempre é possível dizer se ela

¹ Esta conclusão é feita a partir da análise do caso *Riggs vs. Palmer*, 115, N.Y. 506, 22 N.E. 188 (1889), de uma decisão tomada pelo Estado de Nova York.

constitui uma regra ou um princípio.

Quando uma norma utiliza as palavras *razoável*, *injusto*, *negligente* faz com que as regras se assemelhem aos princípios, o que faz o professor americano afirmar expressamente que “[...] às vezes, a regra e o princípio podem desempenhar o mesmo papel e a diferença entre eles chega a ser quase uma questão de forma” (DWORKIN, 1967).

Estas teses acima foram expandidas até a concepção do Direito em *O império do Direito* (2002) e *Uma questão de princípio* (2001).

Esta teoria renovou temas centrais como a relação entre direito e moral, a criação judicial do direito, a argumentação jurídica, a tipologia das disposições normativas (RUIZ MANEROS, 1996), e recentemente tem demonstrado a aplicação prática de sua teoria, analisando questões polêmicas, especialmente no tocante aos *hard cases*, como se observa em *Domínio da vida* (DWORKIN, 2003) e em *A virtude soberana* (DWORKIN, 2003).

O professor Robert Alexy, cuja teoria da distinção entre valores e princípios foi apontada preambularmente, apresentou seu pensamento inicial acerca dos princípios através de artigo “Sobre o conceito de princípios jurídicos” (ALEXY, 1979) em que aponta os defeitos da teoria de Dworkin, tomando-as por base, aprofundando melhor em tal pensamento em sua obra sobre os direitos fundamentais (ALEXY, 2001).

Afirma Alexy que a tese dworkina de que os conflitos entre regras são disjuntivas – mutuamente excludente – e que é completamente distinta dos princípios, cujos conflitos são valorativos, oferece um ponto de apoio para a obtenção de critérios de distinção adequados (ALEXY, 2002).

Contudo, tais critérios não atingem a ontologia da diferenciação entre regras e princípios, pois a obra dworkina não explica porque os princípios entram em colisão da maneira por ele descrita, em uma dimensão axiológica.

Alexy, desta forma, passa a esclarecer as razões que justificam o fato de os princípios e as regras entrarem em colisão de formas diferentes, elaborando uma teoria dos princípios determinada por três teses essenciais: a) tese da otimização; b) lei da colisão; e c) lei da ponderação (ALEXY, 2000).

A *tese da otimização* é a caracterização que Alexy faz do conteúdo dos princípios, e que o distingue e evolui em relação a Dworkin, alegando que os

princípios ordenam que algo seja realizado na maior medida possível, de acordo com as possibilidades fáticas e jurídicas existentes (ALEXY, 1998).

Os princípios estariam, portanto, emanados de mandatos de otimização, que podem ser cumpridos em diferentes graus, de cuja extensão não depende apenas de possibilidades fáticas, mas de condições jurídicas, cujo âmbito é determinado pelos princípios e regras que jogam em sentido contrário. Com isto Alexy quer dizer que não porque um princípio foi vigente em determinado caso concreto, servirá de razão definitiva para um caso análogo (ALEXY, 2001).

As regras, por sua vez, assim como para Dworkin, são normas disjuntivas, que devem ou não ser cumpridas e, se válidas, estão ordenando a fazer exatamente o que elas exigem (ALEXY, 1992).

Verifica-se, assim, uma distinção entre mandatos definitivos e mandatos de otimização, revelando uma distinção qualitativa entre regras e princípios, tal como a formulada por Dworkin, tendo em comum que toda norma ou é uma regra ou é um princípio.

Se no plano da otimização não há muita distinção da teoria dworkina, e ainda possui os mesmos problemas que ela, o estudo da *lei das colisões* proposta por Alexy permite maior clareza. Tanto nos princípios quanto nas regras existem duas normas que, aplicadas separadamente, levam a resultados incompatíveis entre si, ou seja, conduzem a juízos de dever ser contraditórios, sendo a diferença fundamental entre ambos os conflitos, a maneira como se soluciona (ALEXY, 2000).

A solução do conflito entre regras somente se pode obter pela invalidez de uma das regras ou pela introdução de uma cláusula de exceção em uma delas. Há aqui uma contraposição ao sistema de Dworkin, pois, enquanto naquela teoria as cláusulas de exceção devem ser extensivas e taxativas, aqui há o reconhecimento da impossibilidade de tanto, pois nunca se pode estar seguro de que todos os casos estão previstos, ou de que nunca surgirá uma nova possibilidade (ALEXY, 2001).

A fórmula geral de solução é a aplicação da hermenêutica de algum pressuposto normativo, tal como a lei especial, a mais nova, a superior etc.

A colisão principiológica, por sua vez, resolve-se de forma diversa, devendo-se um deles ceder ante o outro, sem que isto signifique a declaração de invalidez do princípio preterido, ou que haja a necessidade de estipular uma cláusula de exceção. A ponderação não depende de outra estrutura normativa, mas do caso fático (ALEXY, 2000), surgindo a ideia de uma relação entre os princípios de

precedência condicionada, em que a determinação da relação de precedência condicionada consistiria em analisar cada caso e averiguar sob quais condições cada princípio prevalece sobre o outro.

A lei da colisão, portanto, é formulada por Alexy como “[...] as condições sob as quais um princípio precede a outro constituem o suporte fático de uma regra que expressa a consequência jurídica do princípio” (ALEXY, 2001).

A relação entre a lei da colisão e a tese da otimização está no fato de que a lei dos conflitos estabelece o caráter dos princípios como mandatos de otimização e demonstra que na principiologia de um sistema jurídico não há relações de precedência incondicionada ou relações absolutas ou abstratas de precedência, mas apenas relações de precedência condicionada, sendo a tarefa de otimização aquela de estabelecer estas relações de maneira correta (ALEXY, 2001; 2002), ainda que entendamos não existir maneira correta, mas sim maneiras mais razoáveis.

Por fim, a *lei da ponderação* seria uma conexão entre a teoria dos princípios e o princípio da proporcionalidade, sendo este princípio decorrente logicamente da teoria dos princípios, uma vez que um implicaria naturalmente no outro pela própria definição ontológica de princípios.

Isto porque os subprincípios da proporcionalidade – adequação, necessidade e ponderação propriamente dita – implicam no fato de que os princípios são mandatos de otimização quanto às possibilidades fáticas (adequação e necessidade) e indica que são mandatos de otimização quanto a possibilidade jurídica (ponderação em sentido estrito). Esta lei é definida por Alexy como “[...] quanto maior é o grau de não-satisfação ou de afetação de um princípio, tanto maior deve ser a importância da satisfação do outro” (ALEXY, 2001), sendo que esta lei constitui o método de fundamentação para os enunciados que estabelecem as relações de preferência condicionada entre os princípios.

3.3.3 Da relação entre autonomia e consentimento livre e esclarecido

Considerando as teorias de distinção entre valores, princípios e regras, pode-se analisar melhor a relação existente entre Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente, em relação a Autonomia, esta não pode ser considerada como uma regra, vez que possui conteúdo abstrato que ordenam algo na maior medida possível, como um mandato de otimização que pode ser cumprido em maior ou menor medida e de diversas formas. Todavia, sua abstração em conteúdo não transforma a Autonomia em um *valor*, pois, considerando a distinção apresentada por Habermas, ela possui caráter deontológico (e não meramente teleológico), possui caráter de pretensão binária de validade (e não de graduação), tem caráter vinculante absoluto, especialmente com sua incorporação por diversas declarações internacionais e diplomas normativos e, por fim, quanto à sistemática, possui validade objetiva (e não subjetiva, como os valores morais, muitas vezes confundidos e afirmados como princípio, na Bioética).

Por sua vez, o *Consentimento livre e esclarecido* possui conteúdo normativo específico, cuja validade é objetiva, e não subjetiva, o que afasta de imediato sua possibilidade como valor, e operacionaliza na lógica em que ou é aplicado, ou não é aplicado, e sua graduação seria desvios da regra inicial, o que a distingue dos requisitos para sua compreensão como princípio. Naturalmente que há exceções à sua aplicação, mas estas são claramente definidas por outras regras previamente estabelecidas. Na tradição cultural positivista brasileira, em que as regras devem ser escritas, tanto se percebeu a natureza de regra do *consentimento livre e esclarecido* que na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde há diversas normas, conforme se observa no item IV.1 e seguintes (BRASIL, 1996).

Assim, percebe-se que a *Autonomia* possui a natureza de princípio, enquanto o *Consentimento livre e esclarecido*, de regra. A relação que possuem é a de que a Autonomia é princípio fomentado pelo valor da *Dignidade Humana*, mormente após os abusos vivenciados pela humanidade durante as Guerras Mundiais. Diante da necessidade de concretizar o princípio da Autonomia, uma das formas foi a criação do *Consentimento livre e esclarecido*. Ou seja, o *Consentimento livre e esclarecido* possui sua validade normativa no sistema jurídico e bioético dada pelo princípio da Autonomia. De outra forma, a inspiração inicial do *Consentimento livre e esclarecido* é a Dignidade Humana, mas através do escopo do princípio da Autonomia, de tal modo que, observar as regras determinadas para o *consentimento livre e*

esclarecido é observar a realização de um importante aspecto da Dignidade Humana.

3.4 Assistência humanizada ao pré-natal

Através dos tempos diferentes significados foram atribuídos à gestação e ao parto. Muitos destes significados trazem aspectos contraditórios e antagônicos: alegria e dor, esperança e medo, renovação e morte. Estas evidências, essencialmente femininas, foram de diversas formas experimentadas ao longo de toda humanidade e inúmeros registros confirmam a importância da gestação como evento social mobilizador (DINIZ, 1996; MURPHY-LAWLEES, 1998).

Entretanto, até meados do século XIX, estar grávida e parir eram acontecimentos da esfera privada, partilhados por mulheres em espaços reservados. As mudanças neste cenário são marcadas emblematicamente pelo momento em que novos atores são introduzidos à cena: médicos para as mulheres da nobreza e, nas situações extremas, cirurgiões-barbeiros para as demais mulheres.

A partir desta importante mudança, revelou-se a preocupação que as sociedades modernas passaram a ter com os filhos e as mulheres, e ocorreu uma profunda medicalização do parto e da gestação que se transformou, então, em objeto do conhecimento e da prática médica (DONZELOT, 1986; COSTA, 1999b).

As normas médicas vieram regular comportamentos, estabelecer padrões e principalmente afirmar a autoridade médica, em nome da ciência. A medicalização do parto é parte da institucionalização do poder médico que, no corpo feminino, atuou fundamentalmente normatizando a reprodução (DONZELOT, 1986; FOUCAULT, 1998; COSTA, 1999b; FOUCAULT, 2000).

Em consequência desta transformação, muitas questões da esfera privada passaram a ser publicamente discutidas e sofreram forte intervenção normatizadora. Vários estudos têm buscado compreender e discutir estas transformações, resgatando neste trajeto importantes discussões sobre autonomia feminina e gênero (RAGO, 1985; DINIZ, 1996; SERRUYA, 1996; BORDO, 1997; COSTA, 1999b; D'OLIVEIRA E SCHRAIBER, 1999).

Deste modo, a mudança do local de ocorrência do parto e a participação, cada vez mais como protagonista, dos profissionais de saúde caracterizam de forma

marcante a experiência do parto. A razão principal para a ocorrência destas mudanças foi a alta mortalidade materna e perinatal (ROSENFELD e MAINE, 1985; MAHLER, 1987. TANAKA, 1995. WHO, 1996). Sem dúvida, um dos principais aspectos benéficos delas resultante foi a melhoria destes resultados.

À medida que determinadas técnicas médicas foram sendo incorporadas, a mortalidade de mulheres e recém-nascidos caiu significativamente e hoje, em países desenvolvidos, a ocorrência de óbitos maternos é rara e incomum (MAHLER, 1987).

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, portanto, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito (GOODBURN E CAMPBELL, 2001).

Todavia, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos já estabelecidos e constituídos (VAUGHAN E ABOUZHR, 2000; PITTROF et al, 2002).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda em um modelo medicalizante e tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001).

A assistência à mulher na gravidez, um dos serviços públicos de saúde há mais tempo existente no país, foi, por muitos anos, realizada com enfoque que buscava melhorar principalmente os indicadores de saúde infantil. A chamada assistência materno-infantil era inicialmente representada apenas por consultas no pré-natal e a assistência hospitalar ao parto.

Neste contexto, em 1983, o Ministério da Saúde lançou as bases pragmáticas do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que representou um paradigma na atenção à saúde da mulher (BRASIL, 1984). As bases filosóficas do Programa introduziram outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa (BRASIL, 1984).

Contudo, mesmo nos serviços em que as atividades são realizadas como preconizadas pelo PAISM, existem questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Apesar da assistência ao pré-natal ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento permanecem questões que, entre outras,

devem ser discutidas, como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto e a humanização da atenção (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b).

A questão da falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto leva mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais, ferindo um aspecto fundamental dos direitos da cidadania. Neste panorama da situação obstétrica, a desumanização deste momento tão importante e, principalmente, o direito que toda mulher tem de garantia de atendimento foram consideradas como questões emblemáticas a serem enfrentadas.

A discussão sobre humanização da assistência obstétrica prestada à mulher é historicamente recente no país e uma das questões mobilizadoras para isto foi o excesso de intervenção no parto normal e crescentes taxas de parto cesáreo (WHO, 1996; DAVIS-FLOYD, 2001). Uma questão central que aparece é que o excesso de intervenções é responsável por um conjunto de desvantagens que incluem desde desperdício de recursos até importantes iatrogenias (BRASIL, 2001).

Deste modo, a proposição da humanização é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar este momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, sobretudo as suas escolhas (WAGNER, 2001).

Isto pressupõe que a mulher é um ser único, complexo, corpo e mente, com sentimentos e autonomia. Os profissionais de saúde devem informar e dividir as decisões e responsabilidades com as mulheres, equilibrando a tecnologia e o humanismo, abertos a práticas com foco na prevenção de complicações e no respeito à autonomia da paciente.

Partindo da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização eram o pano de fundo da má assistência, e tendo a compreensão de que era indispensável propor mudanças no modelo assistencial, mesmo conhecendo as limitações de uma medida vertical, o Ministério da Saúde instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN (BRASIL, 2000a).

A principal estratégia deste programa é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido,

na perspectiva dos direitos da cidadania. O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende entre outros, dois aspectos fundamentais.

O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher e nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2000a)

Este programa, instituído através das Portarias GM nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572 de 1/6/2000, apresentava como objetivo principal concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, com enfoque na necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas, promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2000a).

Em 2004, o Ministério da Saúde reformulou e unificou as ações de humanização sob sua coordenação e lançou o HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização. Esta nova política trouxe como justificativa para sua implantação o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e a existência de poucos dispositivos que garantissem a co-gestão e a inclusão dos trabalhadores e usuários.

Seriam motivos ainda para a implantação desta política a existência de um processo de trabalho que privilegia o olhar sobre a doença não permitindo a formação de vínculo entre profissionais e clientes e a existência de uma situação na qual o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distantes do debate e da formulação de políticas públicas de saúde. Para o Ministério da Saúde, na perspectiva de uma política de qualificação do Sistema Único de Saúde a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a).

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças físicas e emocionais -, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo (SCHIRMER, 2000).

Na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas.

A discussão de propostas de assistência pré-natal permanece atual e ainda um campo fértil para estudos e análises, tanto quantitativas, como qualitativas, bem como de avaliações operacionais. Nos últimos 30 anos vários trabalhos têm demonstrado a importância deste assunto. A discussão superficial deste tema, bem como introdução de assistência humanizada, com pouco aprofundamento nesta reflexão acarretam o risco de que, este seja mas um modismo do que uma iniciativa fundamentada na qualidade de assistência e uma ferramenta gerencial duradoura para a obtenção de melhores resultados, seja na satisfação do usuário do serviço, seja na obtenção de melhores resultados epidemiológicos.

3.4.1 A incorporação da tecnologia e a alteração da relação médico-paciente

Ao longo do século XX foram inúmeros avanços tecnológicos incorporados à prática médica. Equipamentos, medicamentos, técnicas cirúrgicas e conhecimentos científicos abriram novas possibilidades para atuação médica. Neste mesmo período, a relação médico-paciente foi também modificada de maneira importante pela introdução destas novas tecnologias (WAGNER, 1994; JORDAN, 1993).

A relação individual, a anamnese detalhada e o exame físico cuidadoso à procura de sinais e sintomas que pudessem chegar a um diagnóstico foram substituídos por uma consulta rápida e impessoal, sendo o exame físico substituído por exames complementares, por vezes mais importantes que o próprio paciente e sua história (SCHRAIBER, 1993).

Com o incremento do uso da tecnologia na medicina ao longo das últimas décadas e com o processo de urbanização, a organização da assistência médica foi

sendo modificada e, novas lógicas de assistência sendo utilizadas no processo de estruturação do cuidado à saúde.

Ao mesmo tempo, surge o desafio de prestar assistência em larga escala.

Mas como manter um atendimento personalizado para um grande número de clientes?

Neste amplo contexto do que é a prestação de cuidados em uma comunidade, o atendimento deve ter três componentes: a continuidade do contato (com pelo menos uma pessoa que está interessada no paciente como ser humano), oportunidade para envolvimento ativo (no convívio social até onde o paciente é capaz de decidir) e confiança nos provedores de cuidados (BENOLIEL, 1975).

O tempo disponível para o profissional atender um paciente é, todavia, um ponto sensível na discussão sobre a possibilidade de humanização do atendimento. O número de clientes agendados para um determinado turno de atendimento ou a procura espontânea por um serviço de emergência podem transformar a tarefa de estabelecer uma relação mais personalizada praticamente impossível.

Os profissionais tentam encurtar o tempo de atendimento de cada cliente, as rotinas são abandonadas e a qualidade de atenção fica prejudicada. Os profissionais de saúde que trabalham continuamente em situações de sobrecarga de trabalho muito acentuada tem mais possibilidade de tornarem-se calejados, indiferentes e impessoais na sua interação com os clientes (KENNEDY, 1975).

A questão do encontro entre o profissional de saúde e o cliente, apontada no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Brasil, 2000a) é fundamental para a humanização da assistência. No documento oficial que institui o programa a possibilidade de comunicação constitui-se na principal referência para humanização, pois como afirma o documento “sem comunicação não há humanização” (Brasil, 2000a).

Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto (SCHIRMER, 2000).

3.5 Direitos da paciente no pré-natal e no parto

Além dos direitos inerentes à própria condição de paciente, a gestante pela sua condição de vulnerabilidade, deve ser acolhida nos serviços que oferecem o atendimento pré-natal e no momento do parto, com especial atenção aos seus direitos.

Todas as gestantes têm o direito de serem atendidas sem distinção de raça, idade, condição socioeconômica, nacionalidade, opinião política, religião ou pelo fato de ser portadora de doença infectocontagiosa (ZUGAIB, 2008).

O direito à informação refere-se à transmissão dos conhecimentos de forma clara, simples, objetiva e respeitosa, adaptada à condição sociocultural da paciente e de seus familiares. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), as informações apresentadas devem abordar:

- Hipóteses diagnósticas;
- Diagnósticos confirmados;
- Exames solicitados;
- Objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos.
- Riscos, benefícios ou inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
- Duração prevista do tratamento proposto;
- No caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia, seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, o instrumental a ser utilizado, os efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
- A finalidade de materiais coletados para exame;
- Evolução provável do problema de saúde;
- Informações sobre o custo das intervenções.

O pré-natal é idealizado pelo seguimento da paciente durante a gravidez, com o objetivo de acompanhar a evolução da gestação, o preparo para o parto, o aleitamento e cuidados com o recém-nascido. As pacientes deverão ter o cartão de pré-natal adequadamente preenchido, com dados maternos, informações sobre as consultas realizadas e resultados dos exames realizados.

A paciente tem o direito de receber as receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:

- O nome genérico das substâncias prescritas;
- Clara indicação da posologia e dosagem;
- Escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível;
- Textos sem códigos ou abreviaturas;
- O nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;
- Assinatura do profissional e data.

Nas consultas e internações, toda gestante tem o direito a acompanhante de sua escolha, se assim o desejar, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme a Lei Federal nº 11.108, de 2005 (BRASIL, 2005b).

No final da gravidez, a paciente não deve receber alta do pré-natal. A gestante necessita de seguimento médico principalmente nas últimas semanas. Ao atingir as 40 semanas de gestação, ela deve ser encaminhada à maternidade, ou antes, caso seja detectada situação que indique a resolução da gestação (BRASIL, 2004b).

Quando for encaminhada a maternidade, ou caso seja referenciada para um serviço de maior complexidade, deve receber relatório (BRASIL, 2006b) de encaminhamento observando:

- Resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e motivo do encaminhamento;
- O nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado;
- Identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

O estado de São Paulo dispõe de legislação específica que determina os direitos dos pacientes. Trata-se da Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999 (BRASIL, 1999), que aborda vários aspectos dos direitos dos usuários dos serviços de saúde e das ações de saúde no Estado. As normas têm como base o respeito à dignidade humana no cuidado para com o paciente.

3.6 Considerações sobre o parto normal e o parto cesáreo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos. Dessa maneira, a OMS recomenda que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário.

Apesar dessa recomendação, a incidência do parto cesáreo está aumentando em diversos países (BRASIL, 2008).

A OMS preconiza como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15%. No entanto, o que se tem observado são taxas universais em geral superiores, até em países considerados desenvolvidos. À semelhança de outros países em desenvolvimento, o Brasil apresenta taxas de cesarianas superiores às preconizadas pela OMS, superando 35%, em geral e ultrapassando 80%, quando se considera apenas o serviço privado (MANDARINO, 2009).

No Brasil, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro ocupam, respectivamente, o primeiro e segundo lugar, com taxas de cesariana em torno de 50%. Em virtude disto, o Ministério da Saúde lançou em 2008, a campanha: “Parto normal: mais segurança para a mãe e o bebê”, que incentiva o parto normal, sem desmerecer as indicações de parto cesáreo.

Os benefícios do parto normal são inúmeros, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, e vão desde a recuperação da mulher de forma mais rápida até redução dos índices de infecção, bem como menor incidência de desconforto respiratório do recém-nascido e melhor adaptação à vida extrauterina. Além destes, é mencionado o impacto na interação mãe-filho, pois a primeira amamentação pode ser realizada já na sala de parto (BARCELLOS, 2009).

Em geral, a cesariana é realizada quando o trabalho de parto está contraindicado ou quando não é provável que o parto vaginal seja conseguido, com segurança, num intervalo de tempo necessário para prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna. As complicações maternas na cesariana podem variar de eventos menores, como um episódio de febre ou uma perda maior de volume de sangue, até eventos maiores como lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos.

Outro aspecto a ser considerado é o futuro obstétrico da mulher, pois a cesariana tem consequências negativas para a sua vida reprodutiva futura (PATAH, 2011).

A percepção dos profissionais ou sua justificativa é de que as mulheres desejam a cesariana enquanto que, ao contrário, as pesquisas demonstram que as mulheres desejam em sua maioria o parto normal.

Cardoso (2008), em pesquisa com mulheres das camadas sociais médias na cidade do Rio de Janeiro, mostrou como apesar do desejo pelo parto normal, ao longo da gestação, as mulheres vão sendo convencidas pelos obstetras da maior segurança da cesariana e sendo minadas na confiança de que seu corpo seria capaz de enfrentar o trabalho de parto e o parto (CARDOSO, 2008).

O acompanhamento pré-natal como fator de risco para o convencimento da mulher para a realização de cesariana também fica evidente na pesquisa de Dias *et al* (2008).

A relação estabelecida entre a mulher e o profissional ao longo do pré-natal ao invés de reforçar e incentivar o desejo da gestante pelo parto normal acaba trazendo insegurança para ela, que muitas vezes são amedrontadas diante de situações que apesar de não apresentarem risco são apresentadas como tal (DIAS, 2008).

O desafio de enfrentar esta questão é certamente uma tarefa para múltiplos parceiros e deve envolver gestores de todas as esferas, profissionais de saúde, suas entidades de classe (conselhos), sociedades científicas, as universidades e principalmente as mulheres e suas famílias para que, corretamente informadas, possam exercer seu papel de protagonistas neste evento que tem profundos significados sociais e afetivos.

4 CASUÍSTICA E METODOLOGIA

Para estudo do objeto proposto, foi realizada uma pesquisa de campo, observacional, a medida que, diferente dos estudos descritivos, pretende avaliar a relação existente entre um fator e um desfecho sem intervir diretamente na relação analisada. Para compreender esta relação, é essencial o tratamento estatístico dos dados coletados, vez que não se trata de experimento, mas sim constatação objetiva da situação.

Do mesmo modo, é um estudo transversal pois todas as medições são feitas num único momento, não existindo momento posterior ou seguindo os indivíduos para comparar dados de dois momentos distintos.

4.1 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital Geral de Carapicuíba.

O Hospital Geral de Carapicuíba – Cruzada Bandeirante São Camilo – Organização Social de Saúde - é totalmente dedicado ao atendimento para os usuários dos serviços públicos da Rota dos Bandeirantes: Barueri, Carapicuíba, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana do Parnaíba e Vargem Grande Paulista, por meio do Sistema Único de Saúde. Apesar disso, 78% dos pacientes atendidos no referido hospital são do município de Carapicuíba.

É um hospital geral de média complexidade, com um total de 243 leitos, sendo 40 destinados à ginecologia e obstetrícia.

No ano de 2011, foram atendidas 20.252 pacientes no pronto-socorro da ginecologia e obstetrícia do Hospital Geral de Carapicuíba. A média de consultas mensal neste mesmo período foi de 1.688, perfazendo um total de 43,6% de todas as consultas atendidas no hospital por todas as especialidades.

O hospital teve um total de 3.651 partos, no último ano, sendo estes divididos em partos normais (2.674), parto cesáreo (939) e parto fórcepe (38).

No município de Carapicuíba existem 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que oferecem o serviço de pré-natal para as pacientes da região. São elas: UBS Aduino Ribeiro (Jardim Santo Estevão), UBS Ana Estela, UBS Ariston, UBS Central,

UBS Cohab II, UBS Cohab V, UBS Novo Horizonte, UBS Parque Flórida, UBS Vila Cretti, UBS Florispina de Carvalho, UBS Vila Helena e UBS Vila Menk. As unidades relacionadas estão dispostas geograficamente conforme o mapa (Figura 1) abaixo.



Figura. Mapa do Município de Carapicuíba com a distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde
 Fonte: (Hospital Geral de Carapicuíba)

4.2 Casuística

A pesquisa quantitativa foi feita com pacientes de 12 Unidades Básicas de Saúde diferentes no município de Carapicuíba, através de aplicação de questionário previamente definido com respostas adequadas a escala de Likert (Apêndice A). A pesquisa foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro Universitário São Camilo.

As pacientes que participaram da pesquisa passaram em consulta no pronto-socorro de ginecologia e obstetrícia do Hospital Geral de Carapicuíba. Elas foram selecionadas aleatoriamente através da ficha de atendimento, preenchida no momento da consulta, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão.

As pacientes selecionadas não tiveram conhecimento prévio da pesquisa a ser realizada. Quando escolhidas, elas foram convidadas a participarem da pesquisa uma a uma e se, de acordo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, onde consta que a ela deverá responder a um questionário (Apêndice B) e o consentimento pós-informação (Apêndice C).

A entrevista foi realizada na sala de atendimento do pronto-socorro individualmente. Todos os dados coletados foram incluídos em banco de dados eletrônico e, depois de finalizada sua coleta, todos os registros que permitam qualquer possibilidade de identificação das pacientes foram apagados, tornando-as anônimas.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão para a seleção das pacientes

4.3.1 Critérios de inclusão na pesquisa

- Primíparas, ou seja, aquelas que ainda não tiveram experiência com nenhum tipo de parto, o que poderia influenciar na sua decisão quanto à escolha da via de parto atual.

- Ter acima de 18 anos e abaixo de 35 anos, fora desta faixa etária, as gestantes são consideradas de alto risco.

- Ter mais que 34 semanas de idade gestacional e estar realizando pré-natal documentado na carteira de pré-natal da gestante.

- Ter escolaridade com o primeiro grau completo, fornecendo desta maneira maior compreensão das informações transmitidas à paciente durante o pré-natal com este grau de instrução.

- Ser considerada gestante de baixo risco, ou seja, sem patologias ou condições clínicas que possam interferir na conduta médica e na escolha da via de parto.

- Compôr grupo de amostragem estatisticamente válido, definido previamente por quantidade de pacientes por UBS de origem.

4.3.2 Critérios de exclusão da pesquisa

- Não serão incluídas na pesquisa mulheres com um ou mais partos.
- Pacientes não alfabetizadas ou com o primeiro grau incompleto.
- Pacientes com menos de 34 semanas de gestação e que não estejam realizando pré-natal.
- Pacientes menores de 18 anos ou acima de 35 anos.
- Pacientes com gestação de alto risco já diagnosticada.
- Pacientes que não foram atendidas no pronto-socorro da ginecologia e obstetrícia do Hospital Geral de Carapicuíba.

4.4 Instrumento de pesquisa

Foi elaborado um questionário (Apêndice A) dividido em duas partes. A primeira parte refere-se a dados relacionados à gestação e à própria paciente, como idade, escolaridade, estado civil, profissão, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, UBS onde realizou o pré-natal e município.

A segunda parte do questionário possui 21 perguntas com respostas adequadas à escala de Likert, sendo as respostas pontuadas de 1 a 5 como descrito abaixo:

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

Para melhor avaliação, as questões foram subdivididas em 9 categorias conforme Apêndice D, sendo elas:

Categoria 1: Existência de Esclarecimento

Categoria 2: Conteúdo do esclarecimento

Categoria 3: Manifestação de vontade

Categoria 4: Qualidade do esclarecimento

Categoria 5: Eficácia do esclarecimento

Categoria 6: Resultado do esclarecimento

Categoria 7: Dúvida e esclarecimento

Categoria 8: Esclarecimento e atendimento

Categoria 9: Planejamento familiar

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa teve por objetivo identificar possíveis fatores na assistência ao pré-natal que possam contribuir para a não valorização da opinião da paciente na escolha da via de parto. Esta pesquisa não ofereceu benefício direto ao sujeito da pesquisa, mas trará como contribuição o conhecimento de como o assunto sobre os diferentes tipos de parto é abordado no pré-natal e de que forma isso contribui para que a autonomia da paciente na escolha do seu tipo de parto seja respeitada e valorizada. E desta maneira, promover uma reflexão por parte dos profissionais envolvidos, para que a assistência ao pré-natal seja cada vez mais humanizada e a paciente tenha oportunidade de exercer sua autonomia plenamente.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados em três etapas. A primeira refere-se à análise fatorial para avaliar o instrumento e dar respaldo estatístico ao conteúdo dos dados e sua análise que será feita na segunda e terceira parte, o que foi feito pelo teste de esfericidade e de coerência interna (Alfa de Crombach – Reliability Analysis). Trata-se de etapa importante para a validação da pesquisa e viabilizá-la como comparativo para outros estudos análogos. A segunda parte analisa as respostas e foi feita por extensão multivariada da análise multifatorial (ANOVA) denominada MANOVA, comparando opiniões e médias com base nos itens quantitativos do questionário aplicado, possibilitados pela utilização da escala de Likert nas respostas, indicando a influência das respostas por UBS. Por fim, a terceira parte, trata-se de estatística descritiva da amostra, que não é submetida a teste estatístico de hipótese, mas possibilita conhecimento do quadro geral do grupo de pessoas entrevistadas para entender as respostas às hipóteses formuladas aprioristicamente.

5 RESULTADOS

De acordo com delineamento amostral, para que a pesquisa fosse realizada, seria necessário um número mínimo de 96 pacientes, sendo pelo menos 8 de cada Unidade Básica de Saúde.

Foram respondidos 100 questionários e destes, 3 foram excluídos, pois as pacientes não preenchiam completamente os critérios de inclusão. Portanto, o trabalho foi realizado com um total de 97 pacientes.

5.1 Viabilidade estatística

Inicialmente tentou-se operacionalizar redução de dimensionalidade dos dados, buscando um número menor de variáveis abstratas, transformando em eixos principais que correspondam a combinações linearizadas das variáveis originais. O objetivo desta tentativa é agrupar as conclusões em poucos eixos para fazer a análise sem necessidade de verificar todos os itens questionados.

Todavia, a redução de dimensionalidade não se mostrou adequada para a pesquisa em questão, vez que possui muitos eixos abstratos explanando a variação dos dados, de modo que a análise ocorreu item por item do questionário, por meio de análise fatorial.

A análise fatorial é uma técnica multivariada de interdependência em que todas as variáveis são simultaneamente consideradas, cada uma relacionada com as demais, a fim de estudar a inter-relação existente entre elas, buscando a redução de dados ou a sumarização.

Para considerar a adequação dos dados à análise fatorial, realizou-se o teste de esfericidade de Bartlett (ANEXO A), que testa a hipótese de que as variáveis não sejam correlacionadas na população.

A hipótese básica diz que a matriz de correlação da população é uma matriz identidade, o que indica que o modelo fatorial é inapropriado.

Também se analisou a Medida de Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que é representada por um índice (MAS) que avalia a adequação da análise fatorial (ANEXO B).

Neste caso, valores altos (entre 0,5 e 1,0) indicam que a análise fatorial é apropriada, enquanto valores baixos (abaixo de 0,5) indicam que a análise fatorial pode ser inadequada. No presente estudo, os resultados obtidos foram:

Tabela 1 – KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostra.		0,857
Teste de Esfericidade de	Valor de Qui-Quadrado	1245,226
Bartlett	Graus de Liberdade	210
	Valor de p	<0,001

Fonte: O autor (2012)

Desta forma, a análise fatorial é viável e adequada, razão pela qual optou-se por este método de análise dos dados.

Como o estudo foi realizado com questionário, realizou-se a análise do coeficiente alfa de Crombach (ANEXO C), como forma de estudar a confiabilidade do questionário aplicado, conforme proposta apresentada por Lee J. Crombach em 1951. Trata-se de correlação média entre perguntas.

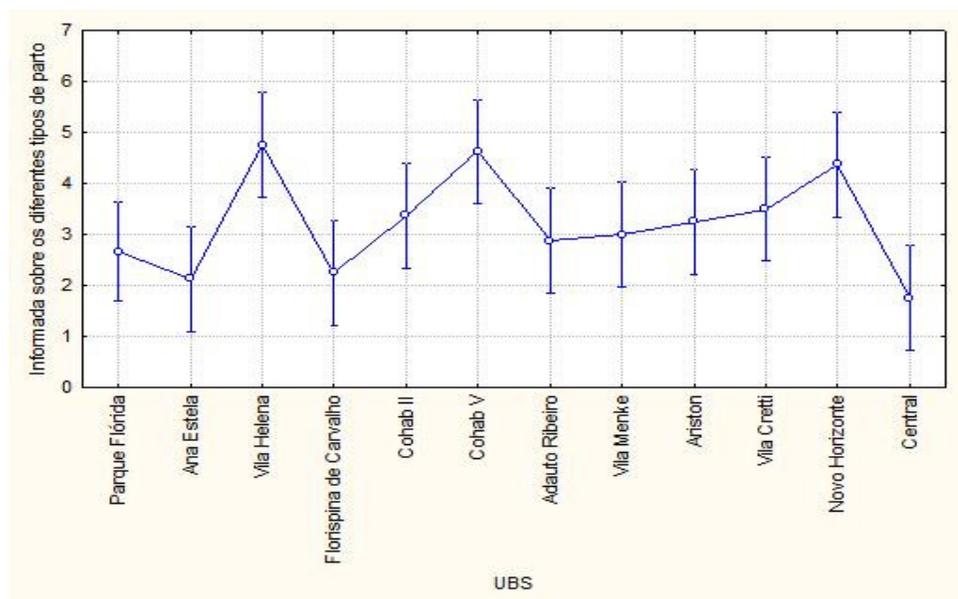
Para o presente estudo, obteve-se $\alpha = 0,912$, o que demonstra ser, o questionário, confiável para a obtenção dos dados apresentados com coerência interna elevada. Considerando-se, portanto, viáveis estatisticamente os dados apresentados, passam-se a analisá-los.

5.2 Análise das respostas

5.2.1 Existência do esclarecimento

Inicialmente, para saber se as gestantes foram esclarecidas sobre as diferentes formas de parto existentes, questionou-se: *“Durante as consultas de pré-natal eu fui informada pelo meu médico sobre os diferentes tipos de parto: normal, fórcepe e cesáreo”*, com possíveis respostas variando em: concordo plenamente; concordo parcialmente; não sei; não concordo parcialmente; não concordo totalmente. Neste caso, as respostas obtidas podem ser representadas da seguinte forma:

Gráfico 1 – Existência do esclarecimento



Fonte: O autor (2012)

As respostas demonstram que as entrevistadas da UBS Vila Helena, Cohab V e Novo Horizonte mostram-se completamente informadas sobre os diferentes tipos de parto, enquanto as provenientes das UBS Parque Florida, Ana Estela, Florispina de Carvalho e Central mostram-se não informadas sobre os diferentes tipos de parto.

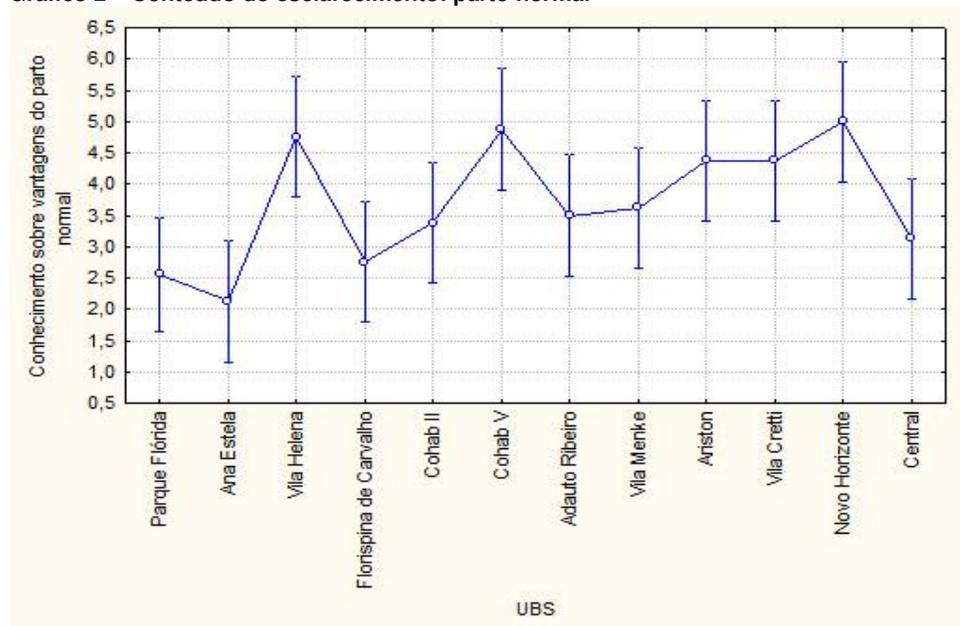
As entrevistadas das demais UBS estão medianamente informadas. Ainda que tenhamos algumas UBS com maioria de gestantes dizendo-se informadas, para o modelo atual de humanização da saúde e valorização da gestante, entende-se que resultados de medianamente informadas indicam má instrumentalização do atendimento, além de que seria inadmissível ter resultados de não informadas.

5.2.2 Conteúdo do esclarecimento

Para compreender o conteúdo do esclarecimento feito, nesta etapa do questionário, duas afirmativas foram apresentadas para as gestantes: “Diante das informações que o meu médico me forneceu durante o pré-natal, passei a conhecer as vantagens e desvantagens do parto normal” e “Diante das informações que o meu médico me forneceu durante o pré-natal passei a conhecer as vantagens e desvantagens

do parto cesáreo”, e em ambas apresentou-se respostas graduadas conforme escala de Likert. As respostas para a primeira afirmativa são representadas no seguinte gráfico:

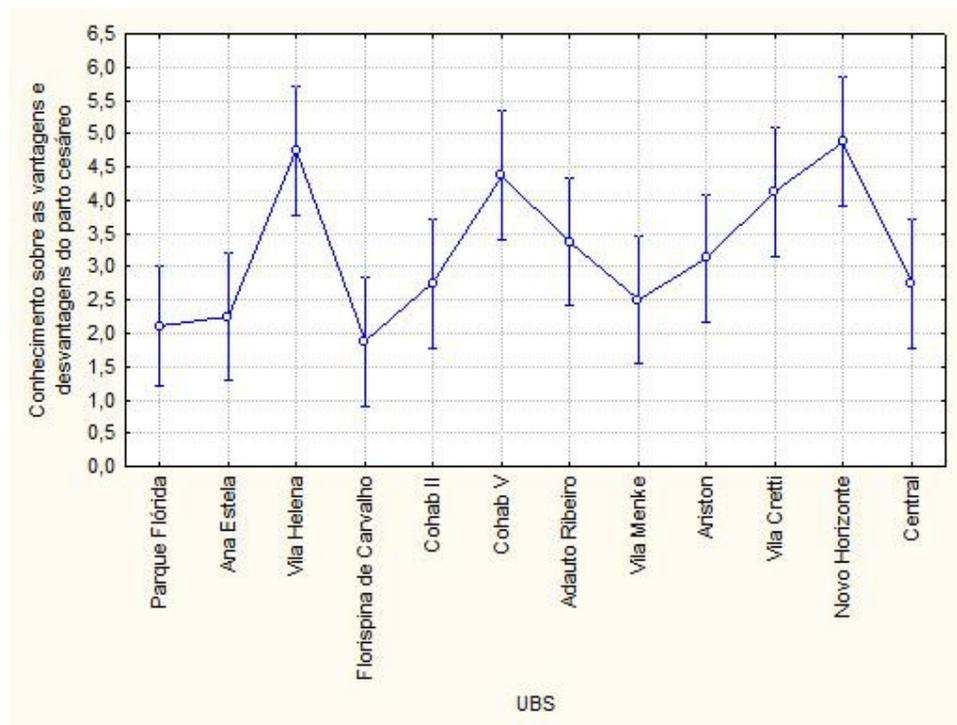
Gráfico 2 – Conteúdo do esclarecimento: parto normal



Fonte: O autor (2012)

As respostas demonstram que as entrevistadas das UBS Vila Helena, Cohab V e Novo Horizonte mostram-se completamente informadas sobre as vantagens do parto normal, enquanto as provenientes das UBS Parque Florida, Ana Estela, Florispina de Carvalho, Cohab II e Central mostram-se não informadas sobre as vantagens do parto normal. As entrevistadas das demais UBS estão medianamente informadas. Para a segunda afirmativa, as respostas obtidas foram:

Gráfico 3 – Conteúdo do esclarecimento: parto cesáreo



Fonte: O autor (2012)

Ou seja, as entrevistadas das UBS Vila Helena, Cohab V Vila Cretti e Novo Horizonte mostram-se completamente informadas sobre as vantagens do parto cesáreo, enquanto as provenientes das demais UBS mostram-se não informadas sobre as vantagens do parto cesáreo.

Observa-se que as entrevistadas possuem maior esclarecimento quanto ao parto normal, e menos em relação à cesárea. Todavia, ainda há alto índice de desconhecimento das técnicas dentro do que se espera para o consentimento informado da gestante, sendo grande a amostra de medianamente informada.

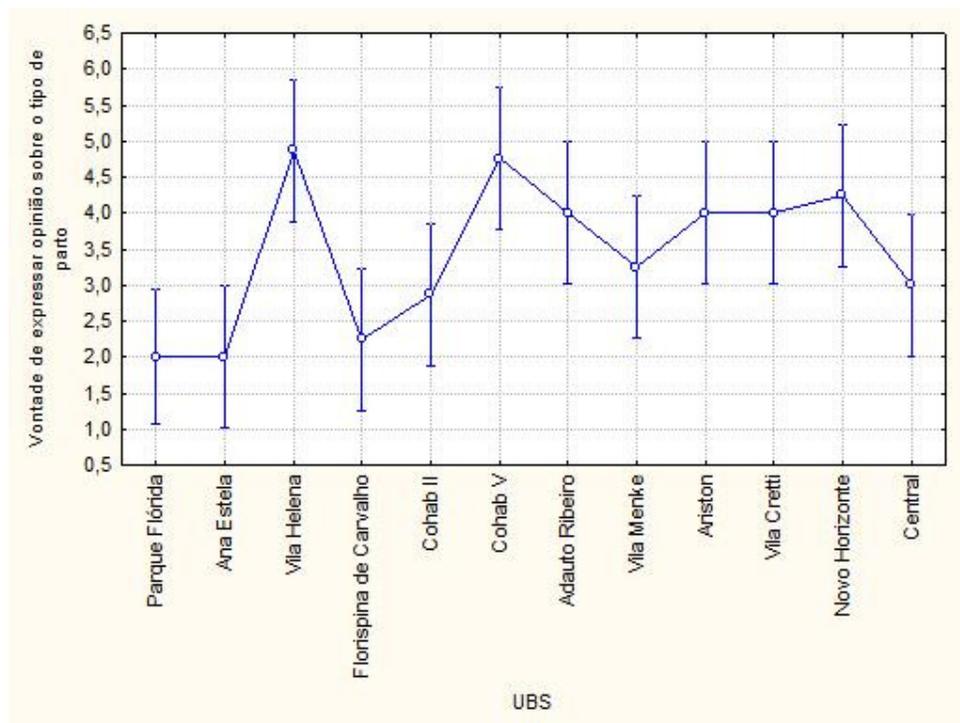
5.2.3 Manifestação de vontade

Observado que pouco esclarecimento foi dado às gestantes, passou-se a compreender a manifestação de vontade, ou seja, se as entrevistadas exerciam sua autonomia e se expressavam. Para isto, apresentou-se duas afirmativas: “Durante as consultas de pré-natal, tive oportunidade de expressar minha opinião para o meu médico sobre qual via de parto gostaria de ter” e “Tive oportunidade suficiente de

discutir sobre os diferentes tipos de parto e sobre a escolha do tipo de parto em conjunto com minha família e com o meu médico”. Para cada afirmativa, apresentou-se o mesmo padrão de possíveis respostas.

À primeira afirmativa, as respostas apresentadas podem ser estabelecidas graficamente da seguinte forma:

Gráfico 4 – Manifestação de vontade: opinião da gestante

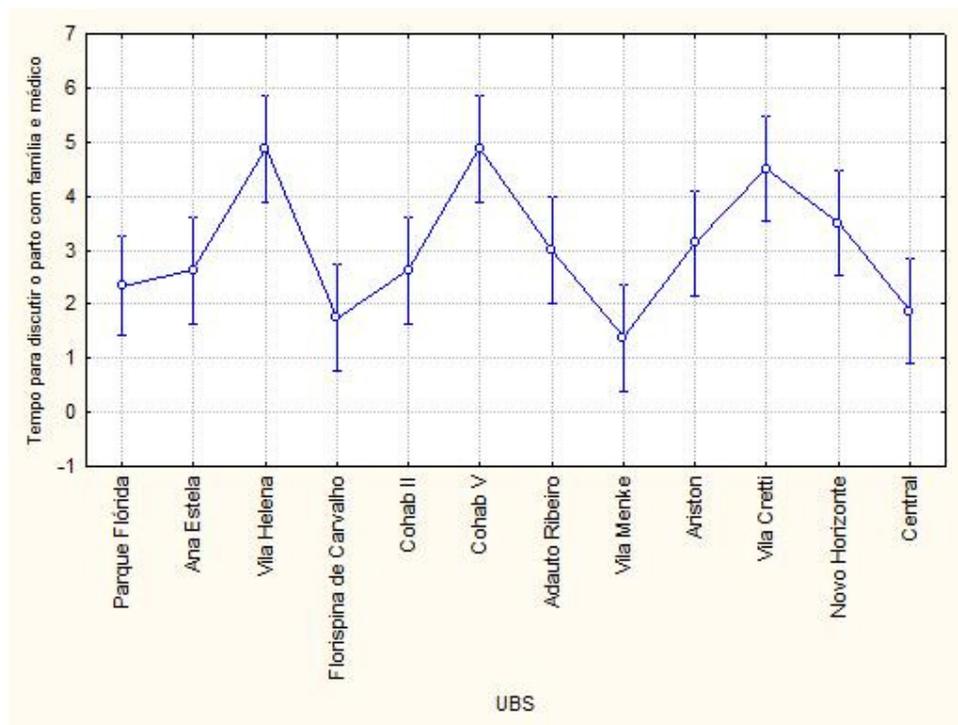


Fonte: O autor (2012)

As entrevistadas das UBS Vila Helena, Cohab V, Adauto Ribeiro, Vila Menke, Ariston, Vila Cretti e Novo Horizonte mostram-se completamente de acordo quanto ter oportunidade de se expressar sobre o parto com seu médico, enquanto as provenientes das demais não.

Para a segunda afirmativa, as entrevistas apresentaram as seguintes respostas:

Gráfico 5 – Manifestação de vontade: discussão com família e médico



Fonte: O autor (2012)

Praticamente todas as entrevistadas das UBS Vila Helena, Cohab V e Vila Cretti indicaram que discutiram plenamente os diferentes tipos de parto com sua família e médico, inclusive sobre a escolha do tipo de seu próprio parto, enquanto as provenientes das demais UBS afirmaram não ter discutido oportunidades o suficiente para a mesma discussão com a família e/ou seu médico.

5.2.4 Qualidade do esclarecimento

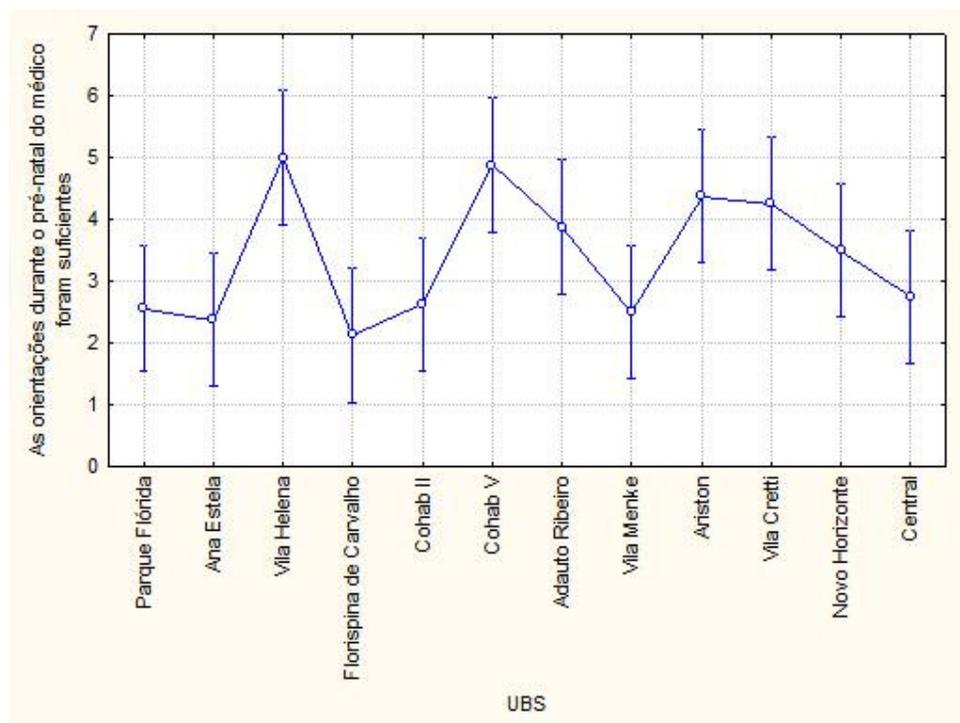
Após analisar a oportunidade de manifestação de vontade, a etapa seguinte do questionário passou a versar sobre a qualidade da informação prestada, ou seja, o esclarecimento.

Para isto, apresentou-se duas afirmativas: “As orientações que recebi durante o pré-natal pelo meu médico foram suficientes para me ajudar a decidir sobre o tipo de parto” e “As informações que me foram passadas durante o acompanhamento pré-natal foram fundamentais para a escolha do tipo de parto”.

Todas as afirmativas seguiram com o mesmo padrão de possíveis respostas.

Para a primeira afirmativa, as respostas obtidas podem ser representadas graficamente da seguinte forma:

Gráfico 6 – Qualidade do esclarecimento: suficiência das informações

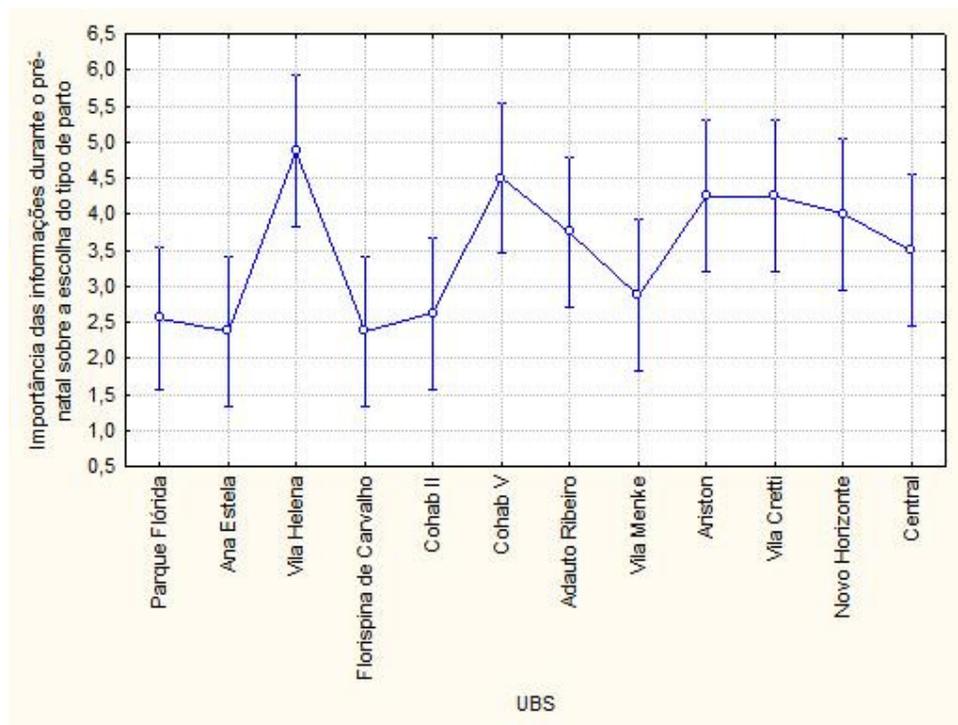


Fonte: O autor (2012)

As entrevistadas das UBS Vila Helena, Cohab V, Adauto Ribeiro, Ariston, Vila Cretti, e Novo Horizonte acreditam que tiveram orientações suficientes durante o pré-natal, enquanto as provenientes das demais UBS não acreditam que tiveram orientações de seu médico suficientes durante o pré-natal. Ou seja, apenas as gestantes provenientes de metade das UBS indicam ter orientações suficientes.

Para a segunda afirmação, as respostas obtidas foram:

Gráfico 7 – Qualidade do esclarecimento: importância das informações



Fonte: O autor (2012)

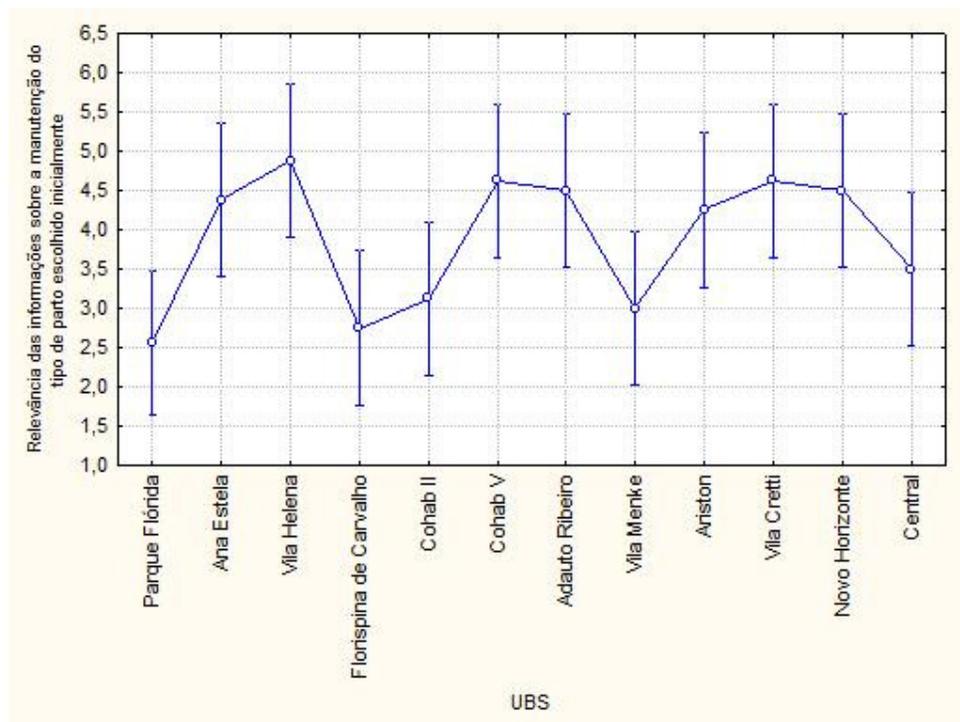
As entrevistadas das UBS Vila Helena, Cohab V, Adauto Ribeiro, Ariston, Vila Cretti, Novo Horizonte e Central acreditam que as informações obtidas durante o pré-natal tiveram importância sobre sua escolha do tipo de parto, enquanto as provenientes das demais UBS não acreditam que as informações obtidas durante o pré-natal tiveram importância sobre sua escolha do tipo de parto. Observe-se que o padrão de ambos os gráficos é o mesmo, confirmando seus resultados, de modo que as entrevistadas de UBS que tiveram oportunidade de discutir sobre o tipo de parto com a família e médico, também entenderam as informações relevantes para esta decisão, enquanto as entrevistadas de UBS que não tiveram a mesma oportunidade de discussão, também não entenderam como relevantes as informações.

5.2.5 Eficácia do esclarecimento

Na sequência, o questionário passou a cuidar de questões relativas à eficácia do esclarecimento, para compreender se estas informações alteravam em algo a opção que elas possuíam consigo, ou se ratifica a que tinham feito.

Desta forma, a afirmativa proposta foi “Após todas as informações recebidas, mantive minha escolha inicial sobre o tipo de parto que gostaria de ter”, dando o mesmo padrão de resposta graduadas possíveis conforma escala de Likert. As respostas obtidas podem ser graficamente organizadas do seguinte modo:

Gráfico 8 – Eficácia do esclarecimento



Fonte: O autor (2012)

As entrevistadas das UBS Ana estela, Vila Helena, Cohab V, Adauto Ribeiro, Ariston, Vila Cretti, Novo Horizonte e Central acreditam que as informações obtidas durante o pré-natal tiveram importância sobre a manutenção do tipo de parto inicialmente escolhido, enquanto as provenientes das demais UBS não acreditam que as informações obtidas durante o pré-natal tiveram importância sobre sua escolha do tipo de parto inicialmente escolhido.

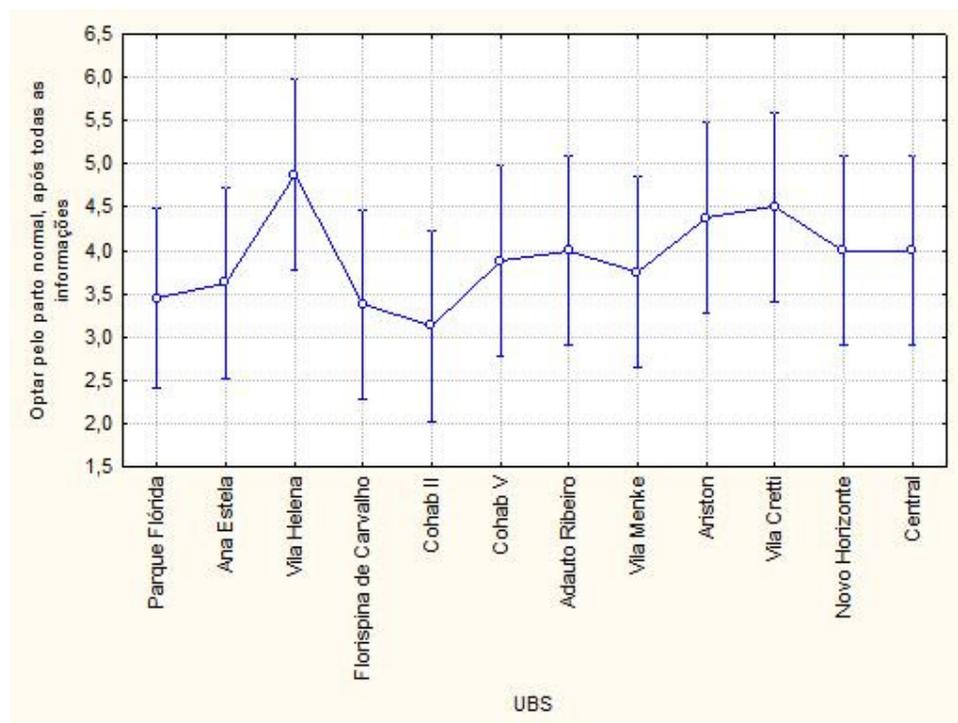
Interessante ressaltar que, para esta afirmativa, as respostas mantiveram o mesmo padrão que outras afirmativas relativas a ter recebido informações sobre as formas de parto e sua relevância, bem como oportunidade das entrevistadas manifestarem sua vontade.

Todavia, para este caso, as entrevistadas da UBS de Ana Estela, que indicaram não ter oportunidade de manifestar sua vontade e que entendem não terem recebido informações suficientes, indicaram que as informações que receberam foram relevantes para manter a opção do tipo de parto escolhido. Ou seja, pode-se concluir que, ainda que com poucas informações e oportunidades de conversar, a pouca informação ou oportunidade de diálogo foi relevante para sua decisão.

5.2.6 Resultado do esclarecimento

Tendo analisado a eficácia, o questionário apresentou afirmativas para poder avaliar o resultado do esclarecimento. A primeira afirmativa apresentada foi: “Após todas as informações recebidas durante o acompanhamento pré-natal, optarei pelo tipo de parto normal”.

Gráfico 9 – Resultado do esclarecimento: opção pelo parto normal

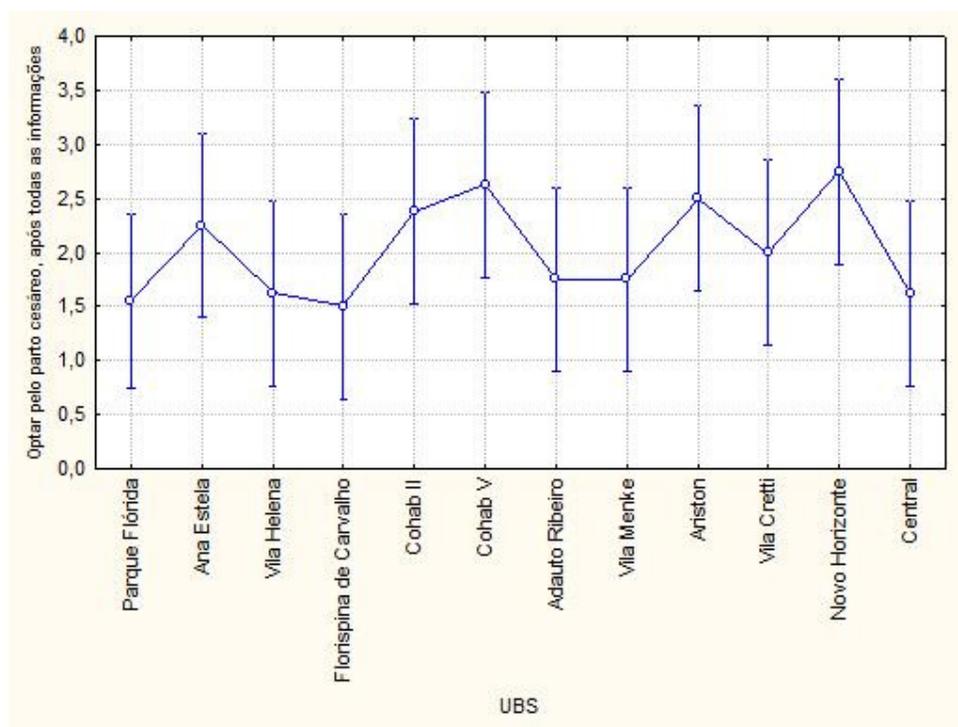


Fonte: O autor (2012)

As entrevistadas da UBS Vila Helena acreditam que as informações obtidas durante o pré-natal tiveram importância sobre a opção do tipo de parto normal, enquanto as provenientes das demais UBS não estão totalmente certas, após as informações, de que optarão pelo parto normal.

Para contemplar a hipótese de parto cesáreo e complementar as informações obtidas pela afirmativa anterior, a afirmativa apresentada em seguida foi “Após todas as informações recebidas durante o pré-natal, optarei pelo tipo de parto cesáreo”. Para esta afirmativa, as respostas obtidas correspondem ao seguinte gráfico:

Gráfico 10 – Resultado do esclarecimento: opção pelo parto cesáreo



Fonte: O autor (2012)

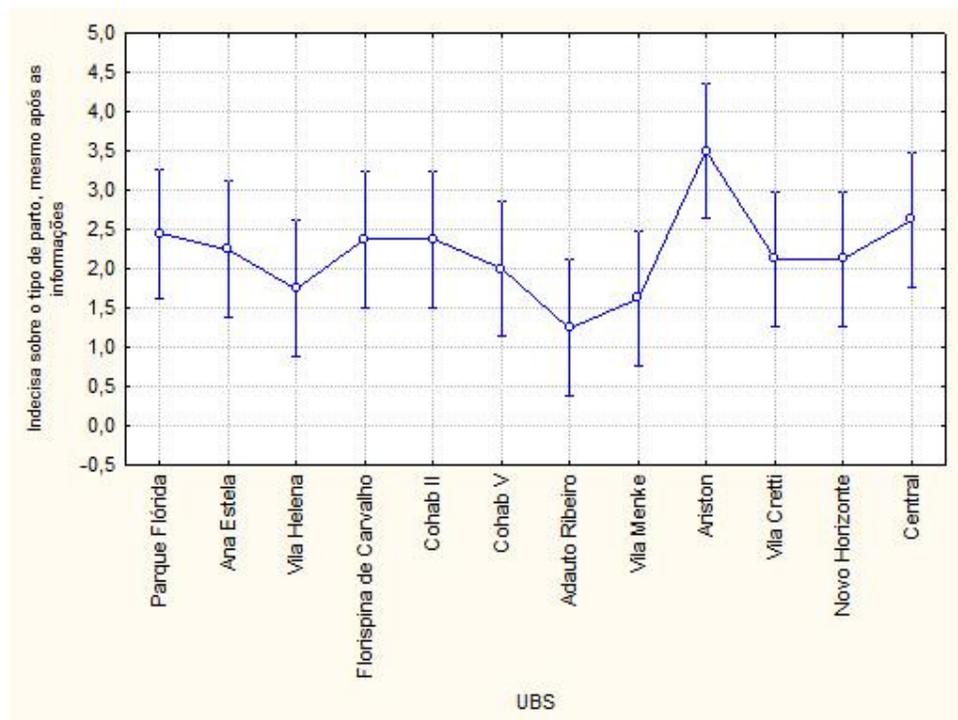
Ou seja, as respostas dadas demonstram que todas entrevistadas manifestaram que as informações sobre o parto cesáreo não foi suficiente para causar-lhes mudanças em sua opinião para esta forma de parto.

O conjunto de ambos os gráficos indicam que há uma preferência pela escolha do parto normal, ainda que não seja plenamente convicta, exceto naquelas gestantes da USB da Vila Helena, mas tampouco os dados repassados quanto a cesárea convenceram plenamente as gestantes a ponto de todas o rejeitá-lo.

Considerando a hipótese de que tal indecisão ocorresse, formulou-se no questionário a afirmativa “Após todas as informações recebidas durante o pré-natal, ainda continuo indecisa a respeito de qual tipo de parto vou optar”.

O padrão de respostas obtidas para esta questão foi o seguinte, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 11 – Resultado do esclarecimento: indecisão



Fonte: O autor (2012)

Estas representações gráficas indicam que as entrevistadas da UBS de Ariston manifestaram que, mesmo com as informações obtidas durante o pré-natal, ainda continuaram indecisas quanto ao tipo de parto a escolher, enquanto as gestantes das demais UBS não souberam responder se as informações obtidas durante o pré-natal tiveram importância sobre sua escolha do tipo de parto.

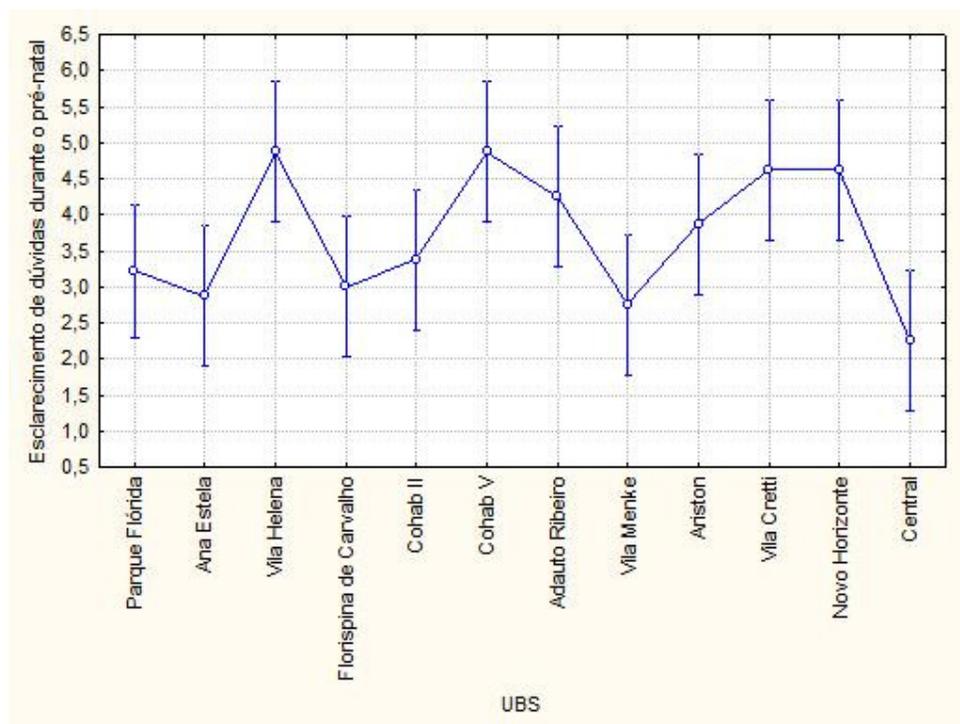
Com isto, pode-se perceber que, quando há consentimento da gestante para o tipo de parto, este não é totalmente esclarecido, pois ainda há dúvidas e incertezas para a formação de sua manifestação de vontade.

5.2.7 Dúvida e esclarecimento

Para entender se tais dúvidas foram esclarecidas ou não durante o pré-natal, é que se formulou a fase seguinte das afirmativas.

A primeira apresentada foi: “As minhas dúvidas relacionadas à gestação foram todas esclarecidas durante o pré-natal”. Para esta afirmativa, as respostas apresentadas são graficamente representadas da seguinte forma:

Gráfico 12 – Esclarecimento das dúvidas quanto à gestação



Fonte: O autor (2012)

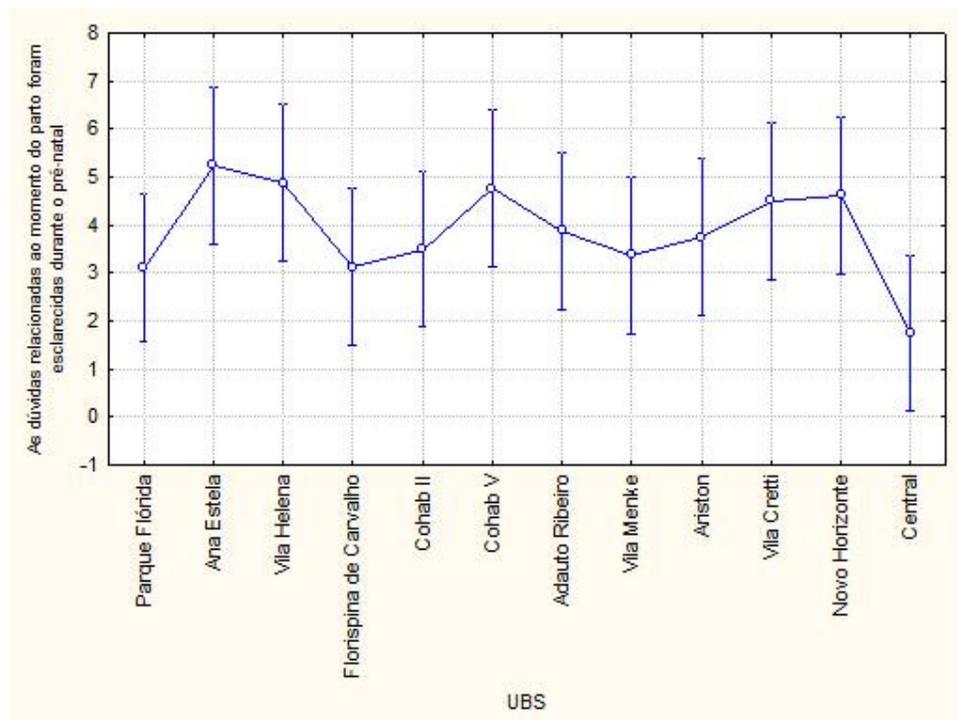
As entrevistadas das UBS Vila Helena, Cohab V, Adauto Ribeiro, Vila Cretti e Novo Horizonte acreditam que as informações obtidas durante o pré-natal foram suficientes para esclarecer suas dúvidas, enquanto as provenientes das demais UBS não souberam responder se as informações obtidas durante o pré-natal foram suficientes para esclarecer suas dúvidas.

Importante ressaltar que o padrão deste gráfico segue muito proximamente àqueles das afirmativas iniciais, quando se questionou sobre o recebimento de informações, oportunidades para manifestar sua vontade com a família e médicos, conhecimento sobre as diversas formas de parto.

Ou seja, percebe-se a formulação de problema relacionado à transmissão de informações sobre as formas de parto e respeito à autonomia da gestante para a escolha.

Quando diante da afirmativa de que “As dúvidas relacionadas ao momento do parto foram esclarecidas durante o pré-natal”, as respostas obtidas foram:

Gráfico 13 – Esclarecimento das dúvidas quanto ao momento do parto



Fonte: O autor (2012)

As entrevistadas das UBS Ana Estela, Vila Helena, Cohab V, Vila Cretti e Novo Horizonte acreditam que as informações obtidas durante o pré-natal foram suficientes para esclarecer suas dúvidas sobre o momento do parto, enquanto as provenientes das demais UBS não souberam responder se as informações obtidas durante o pré-natal foram suficientes para esclarecer suas dúvidas.

As entrevistadas da UBS Central não acreditam que suas dúvidas durante o pré-natal foram suficientes esclarecidas.

Considerando o padrão de respostas até então apresentados sobre as diversas formas de parto, e a maior quantidade de gestantes manifestando ter sido tirado dúvidas relacionadas ao momento do parto durante o pré-natal, demonstra que o tipo de informação prestada refere-se unicamente quando as

gestantes manifestam alguma dúvida sobre o momento do parto, ou seja, não há pro-atividade no sentido de fornecer informações a todo tempo – tanto que há diversas manifestações no sentido de precariedade de conhecimento dos métodos – mas quando há dúvidas, parcela delas são atendidas.

Interessante observar o caso da UBS Ana Estela, em que as gestantes manifestaram não terem sido devidamente informadas sobre os diferentes tipos de parto, que desconhecem as vantagens do parto normal ou cesáreo, que não tiveram oportunidade de manifestar sua vontade durante o pré-natal e não consideram suficientes as informações prestadas pelo médico neste período, mas o pouco que receberam de informação considerou relevante e que as dúvidas que tiveram sobre o momento do parto foram esclarecidas.

Ou seja, na UBS em questão, apenas quando se refere a responder perguntas sobre o momento do parto é que tem sido eficiente, o que demonstra metodologia de trabalho destoante das demais.

Por outro lado, é preocupante o fato de que aquelas gestantes atendidas pela UBS Central manifestaram que suas dúvidas não foram devidamente esclarecidas, o que é o mesmo que dizer que não foram devidamente assistidas, e tampouco estão tendo sua manifestação de vontade asseguradas, e menos ainda assegurada com base em conseguir esclarecimento das gestantes.

5.2.8 Esclarecimento e atendimento

Considerando a previsão de algumas disparidades em metodologia de trabalho apresentadas, na etapa final do questionário pretendeu-se analisar a forma como são feitos os atendimentos para esclarecimento das gestantes.

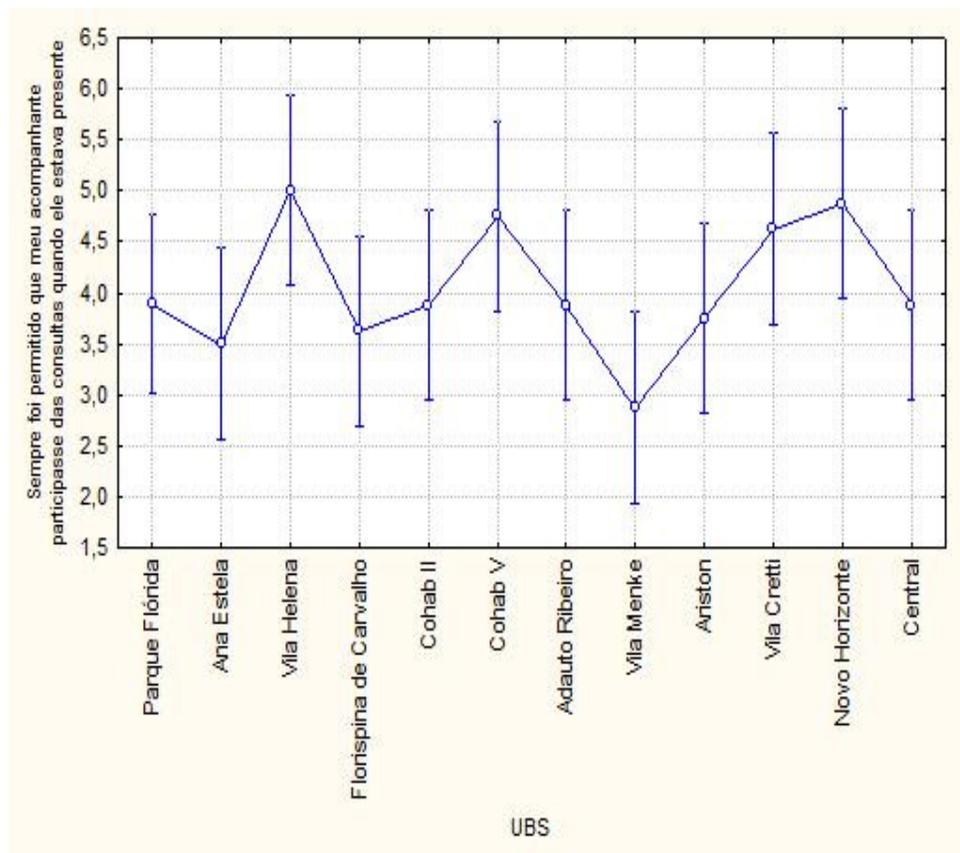
Assim, inicialmente apresentou-se a afirmativa “Sempre foi permitido que meu acompanhante participasse das consultas quando ele estava presente”.

As entrevistadas da UBS Vila Menke não souberam afirmar se sempre que disponível seus companheiros tiveram acesso às suas consultas.

As entrevistadas das demais UBS acreditam que sempre que disponível seus companheiros tiveram acesso às suas consultas.

A resposta obtida é graficamente representada do seguinte modo:

Gráfico 14 – Permissão da participação do acompanhante



Fonte: O autor (2012)

Em seguida, quando diante da afirmativa de que “Tive oportunidade de visitar a minha maternidade de referência durante o pré-natal”.

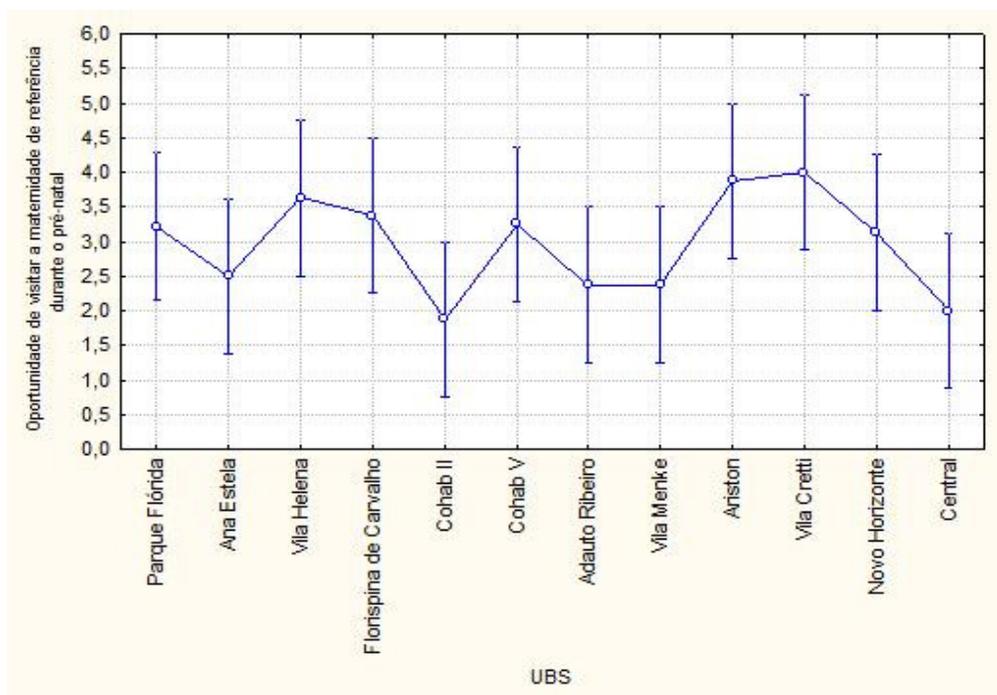
Para esta afirmativa, as entrevistadas das UBS Ariston e Vila Cretti obtiveram oportunidade de visitar sua maternidade de referência durante o pré-natal, enquanto as das UBS Cohab II e Central, não concordam que obtiveram oportunidade.

As demais não souberam responder, ou seja, parte respondeu concordando e parte discordando, ou seja, parte teve a oportunidade de visitar e parte não teve.

Todavia, observa-se clara tendência para respostas negativas à ter oportunidade de conhecer a maternidade.

As respostas obtidas foram graficamente representadas da seguinte forma:

Gráfico 15 – Visita à maternidade durante o pré-natal



Fonte: O autor (2012)

Também foi questionado se estavam satisfeitas com o acompanhamento de pré-natal, através da afirmativa “Estou satisfeita com o meu acompanhamento pré-natal”.

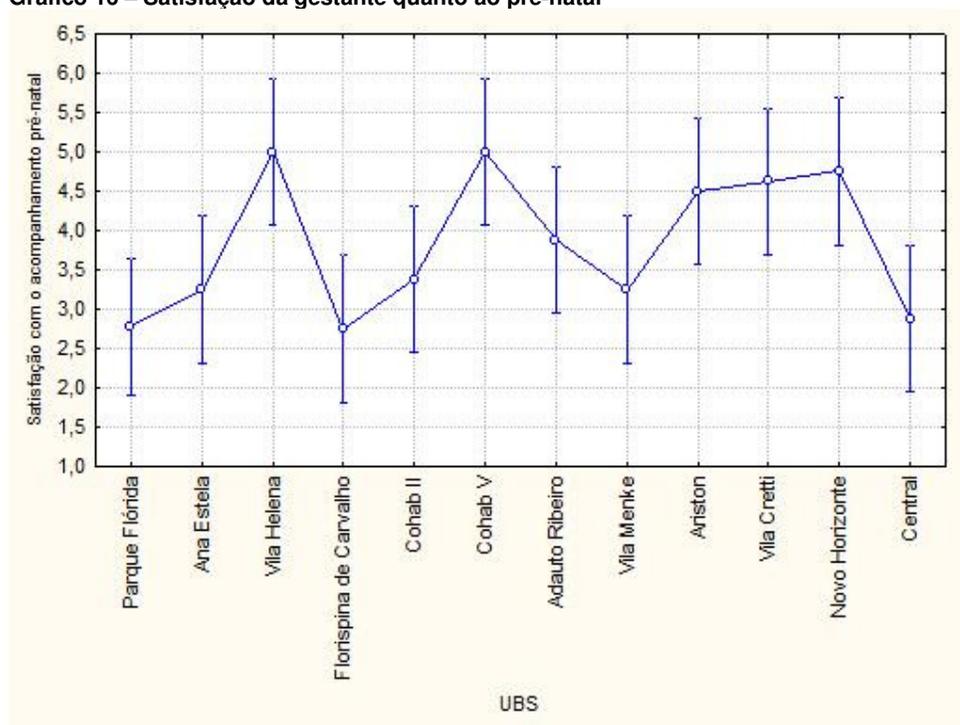
As entrevistadas das UBS Vila Helena, Cohab V, Adauto Ribeiro, Ariston, Vila Cretti e Novo horizonte, estão satisfeitas ou totalmente satisfeitas com o acompanhamento pré-natal que obtiveram.

As demais entrevistadas não souberam responder.

Embora seja importante observar 5 de 12 UBS tendo avaliação de satisfação plena ou parcial das gestantes que atendem, o gráfico em questão possui o mesmo padrão dos demais, de modo que se pode correlacionar que a satisfação com o acompanhamento pré-natal também perpassa pela questão de respeito à autonomia da gestante, bem como esclarecimento devido não apenas quanto às dúvidas que sejam apresentadas quanto ao momento do parto.

As respostas obtidas são sistematizadas no seguinte gráfico:

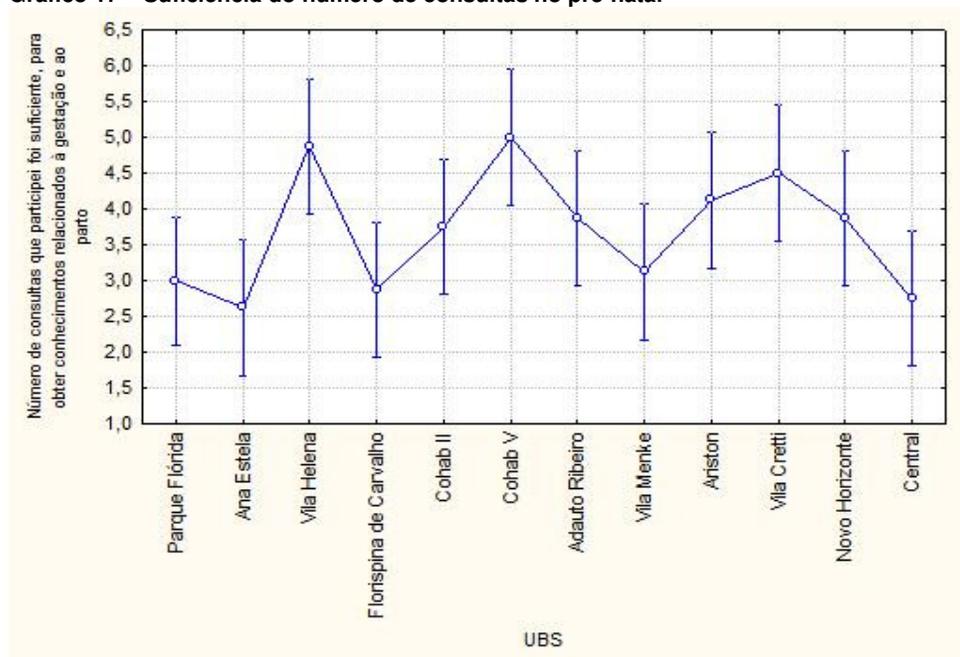
Gráfico 16 – Satisfação da gestante quanto ao pré-natal



Fonte: O autor (2012)

Quando se apresentou a afirmativa de que “O número de consultas que participei foi suficiente, em minha opinião, para obter conhecimentos relacionados à gestação e ao parto”, as respostas obtidas são graficamente representadas:

Gráfico 17 – Suficiência do número de consultas no pré-natal



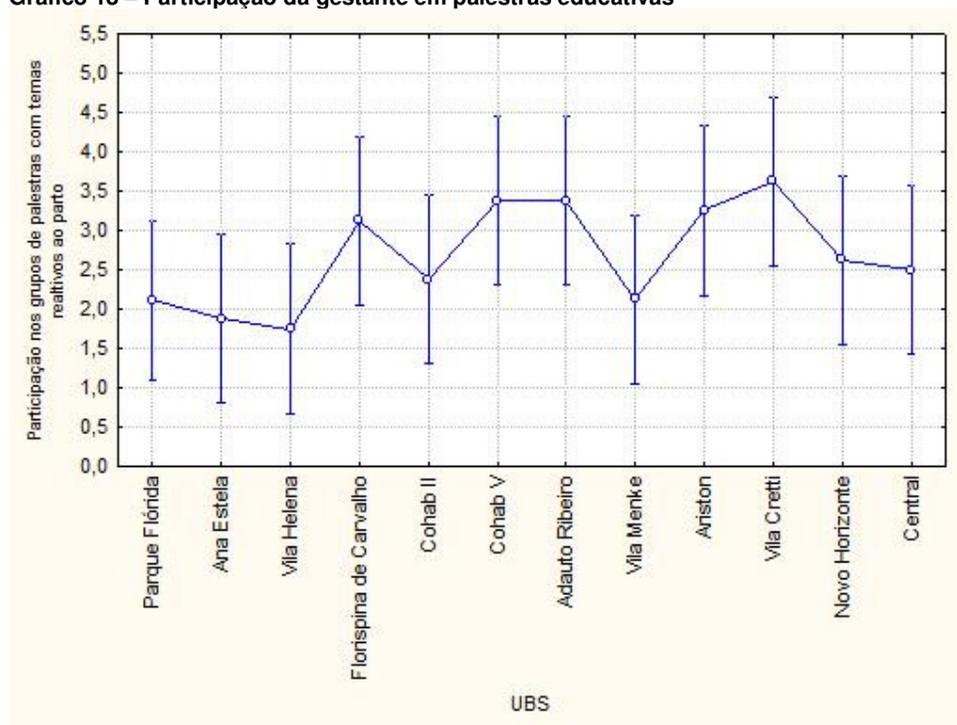
Fonte: O autor (2012)

As entrevistadas das UBS Vila Helena, Cohab II, Cohab V, Adauto Ribeiro, Ariston, Vila Cretti e Novo horizonte, acreditam que o número de consultas que participaram foi suficiente para obter conhecimentos relativos à gestação e ao parto. As demais entrevistadas não souberam responder.

Uma vez mais, o gráfico apresenta o mesmo padrão de variação, demonstrando que quanto menos esclarecidas ou informadas as gestantes, mais incertas quanto ao número de atendimento pré-natal elas ficam.

Diante da afirmativa de que “Participei de grupos com palestras educativas sobre o momento do parto e os principais tipos de parto”. As respostas obtidas, neste caso, são graficamente representadas da seguinte forma:

Gráfico 18 – Participação da gestante em palestras educativas

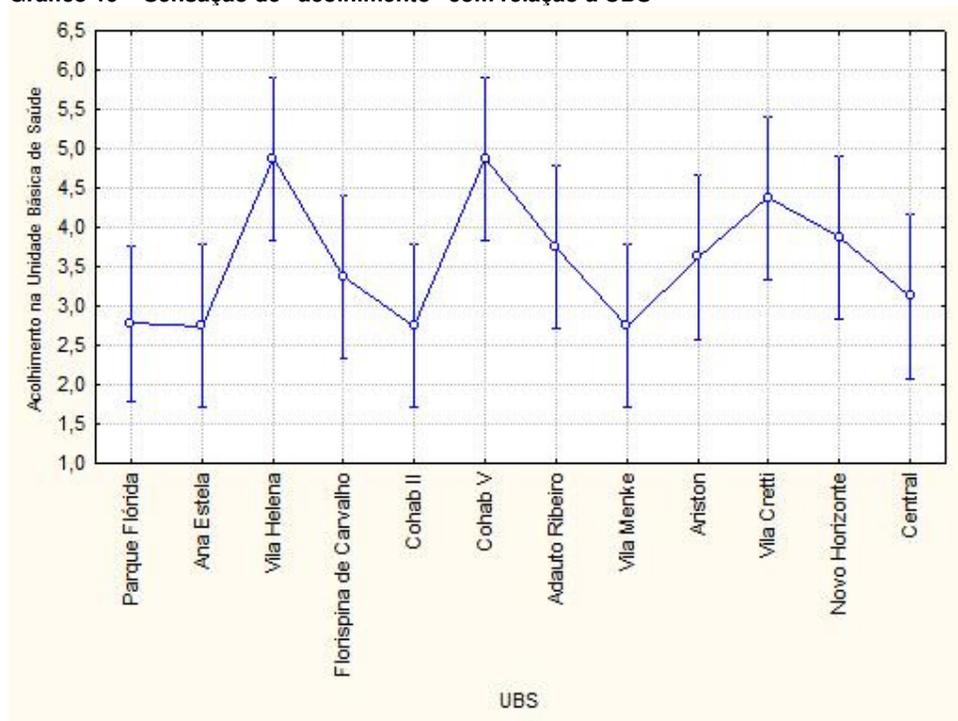


Fonte: O autor (2012)

Assim, as entrevistadas das UBS Florispina de Carvalho, Cohab V, Adauto Ribeiro, Ariston e Vila Cretti não souberam responder se participaram efetivamente dos grupos de palestras sobre os temas relativos ao parto, ou seja, parte participa e parte não participa. As demais entrevistadas não participaram dos grupos de palestras sobre os temas relativos ao parto. Isto demonstra que a adesão das gestantes aos mencionados grupos de pesquisa é baixo.

Também quando diante da afirmativa “Sinto-me acolhida na UBS onde faço pré-natal”, as gestantes apresentaram respostas que podem ser graficamente representadas da seguinte forma:

Gráfico 19 – Sensação de “acolhimento” com relação à UBS



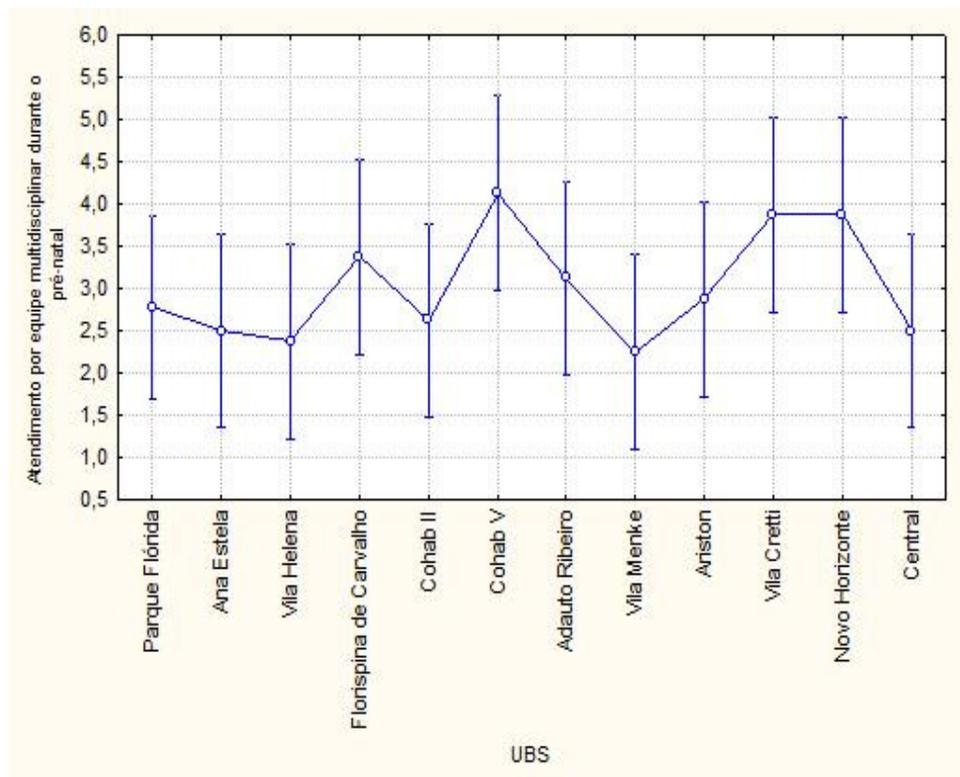
Fonte: O autor (2012)

As entrevistadas das UBS Vila Helena, Cohab V e Vila Cretti acreditam que foram bem acolhidas nas UBS onde realizaram o atendimento pré-natal. As demais entrevistadas não souberam responder, posto que parcialmente afirmaram ser acolhidas e outras que não se sentiram acolhidas na respectiva UBS.

Para compreender a forma de atendimento feita, apresentou-se a afirmativa “Fui atendida por equipe multidisciplinar (assistente social, psicólogos, enfermeiros) durante o pré-natal”. As entrevistadas das UBS Cohab V, Vila Cretti e Novo Horizonte concordam que obtiveram atendimento multidisciplinar durante o pré-natal. As entrevistadas das UBS Florispina de Carvalho e Adauto Ribeiro não souberam responder. As demais entrevistadas não concordam que obtiveram atendimento multidisciplinar durante o pré-natal. Interessante observar o caso da UBS Vila Helena, que apresentou altos índices de satisfação das gestantes, mas cujas gestantes também afirmaram não terem atendimento por equipe multidisciplinar.

Para esta afirmativa, as respostas podem ser graficamente representadas da seguinte forma:

Gráfico 20 – Atendimento por equipe multidisciplinar



Fonte: O autor (2012)

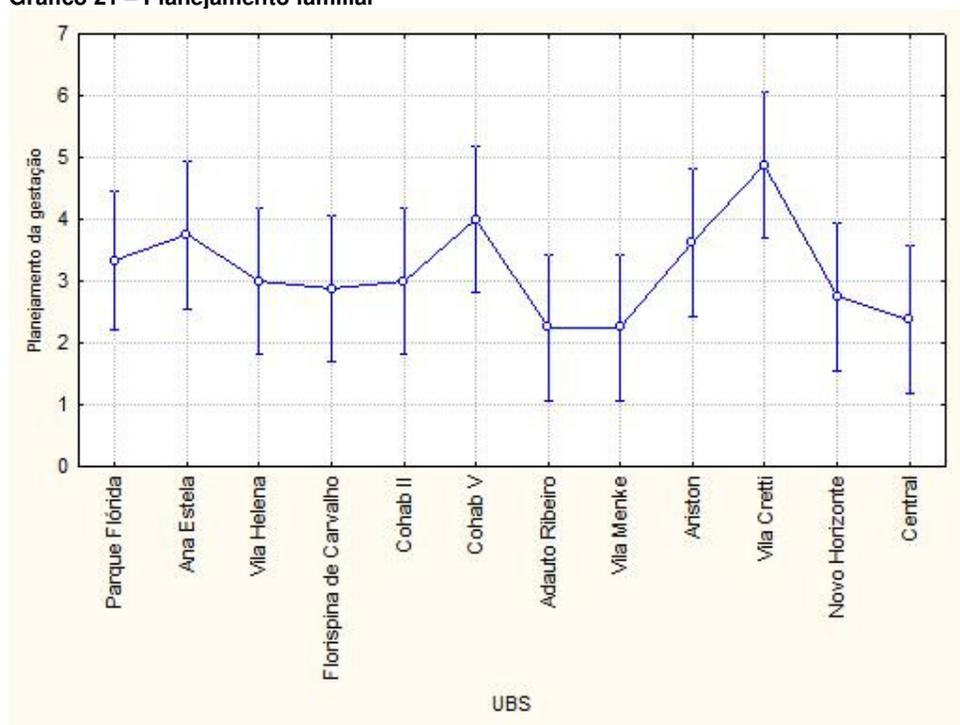
5.2.9 Planejamento familiar

Por fim, e com intuito de compreensão sócio-econômica, apresentou-se a seguinte afirmativa: “A minha gestação foi planejada”.

Para esta questão, as entrevistadas das UBS Ana Estela, Cohab V, Ariston e Vila Cretti concordam que houve planejamento em suas gestações. As entrevistadas das UBS Adauto Ribeiro, Vila Menke, Novo Horizonte e Central não souberam responder. As demais entrevistadas não concordam que houve planejamento em suas gestações.

Para esta afirmativa, o padrão de respostas apresentados é graficamente apresentado da seguinte forma:

Gráfico 21 – Planejamento familiar



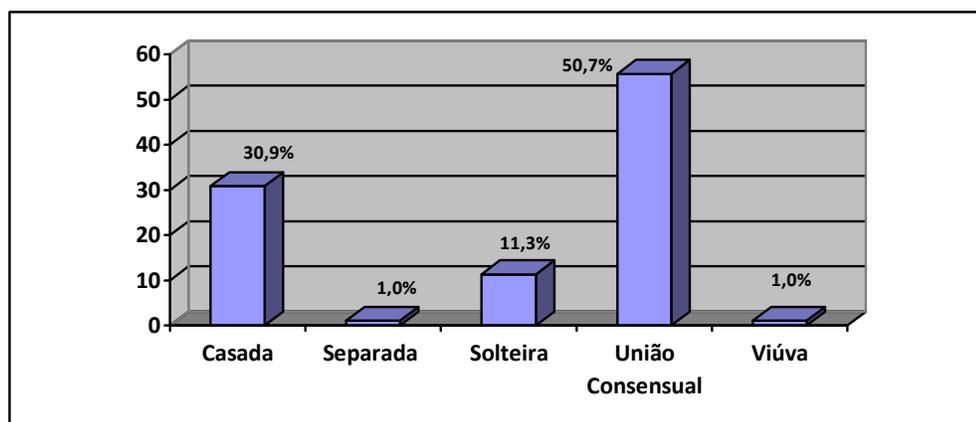
Fonte: O autor (2012)

5.3 Estatística descritiva

Nesta terceira e última parte de análise de dados, catalogou-se os dados preambulares do questionário, com o intuito de caracterização geral da Amostra e descrição da frequência das variáveis que não estão em escala Likert.

Em relação ao estado civil apresentado, as respostas compõem o seguinte resultado:

Gráfico 22 – Estado civil das gestantes



Fonte: O autor (2012)

A segunda tabulação realizada diz respeito à idade das gestantes. Os dados indicam a seguinte composição etária da amostra.

Tabela 2 – Idade das gestantes

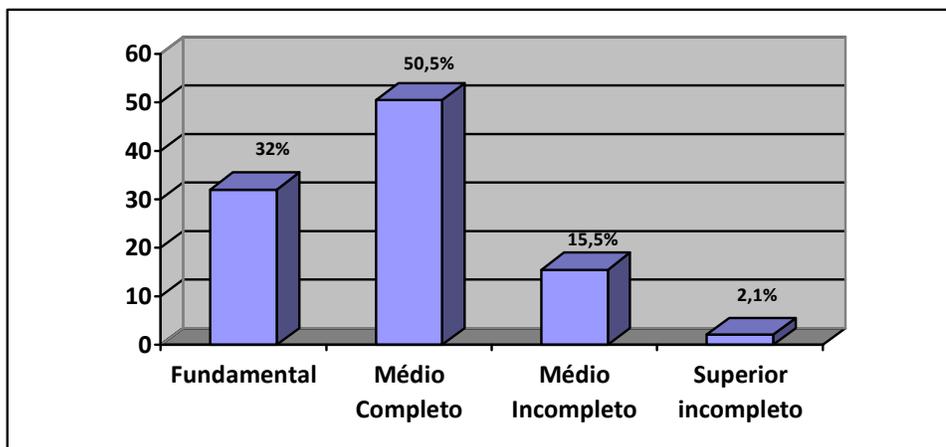
Idade	Frequência	Porcentagem (%)	% válido	% cumulativa
18	13	13,4	13,4	13,4
19	5	5,2	5,2	18,6
20	2	2,1	2,1	20,6
21	12	12,4	12,4	33,0
22	1	1,0	1,0	34,0
23	6	6,2	6,2	40,2
24	4	4,1	4,1	44,3
25	6	6,2	6,2	50,5
26	9	9,3	9,3	59,8
27	4	4,1	4,1	63,9
28	5	5,2	5,2	69,1
29	5	5,2	5,2	74,2
30	1	1,0	1,0	75,3
31	8	8,2	8,2	83,5
32	3	3,1	3,1	86,6
33	2	2,1	2,1	88,7
34	4	4,1	4,1	92,8
35	7	7,2	7,2	100,0
Total	97	100,0	100,0	

Fonte: O autor (2012)

De acordo com a tabela acima, a idade média calculada das gestantes é de 25,51 anos. A idade mediana calculada é de 25 anos e a idade modal é de 18 anos.

Quanto à escolaridade das pacientes, os dados colhidos dos questionários indicam a seguinte composição:

Gráfico 23 – Escolaridade das gestantes



Fonte: O autor (2012)

Quanto à idade gestacional da amostra, as pacientes declararam o que segue tabulado:

Tabela 3 – Idade gestacional das pacientes (em semanas)

	Frequência	Porcentagem(%)	% válido	% cumulativa
34	6	6,2	6,2	6,2
35	5	5,2	5,2	11,3
36	7	7,2	7,2	18,6
37	9	9,3	9,3	27,8
38	11	11,3	11,3	39,2
39	25	25,8	25,8	64,9
40	23	23,7	23,7	88,7
41	11	11,3	11,3	100,0
Total	97	100,0	100,0	

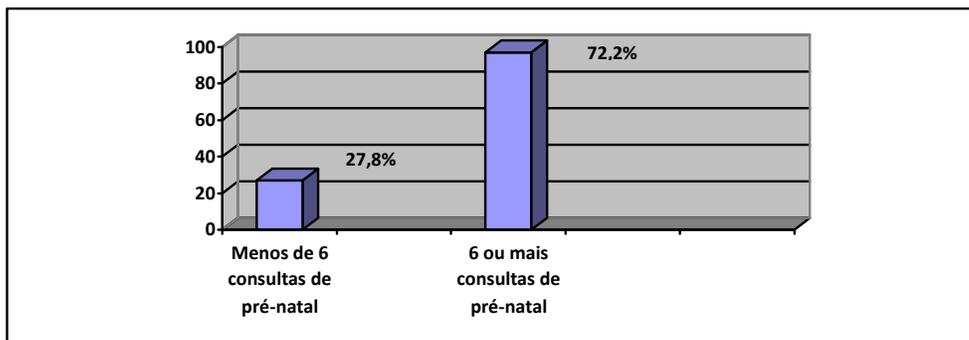
Fonte: O autor (2012)

Quanto ao número de consultas realizadas pelas gestantes, os resultados anotados indicaram o que segue:

Tabela 4 – Número de consultas realizadas pelas gestantes

	Frequência	Porcentagem	% válido	% cumulativa
3	1	1,0	1,0	1,0
4	9	9,3	9,3	10,3
5	17	17,5	17,5	27,8
6	19	19,6	19,6	47,4
7	7	7,2	7,2	54,6
8	16	16,5	16,5	71,1
9	9	9,3	9,3	80,4
10	8	8,2	8,2	88,7
11	7	7,2	7,2	95,9
12	4	4,1	4,1	100,0
Total	97	100,0	100,0	

Fonte: O autor (2012)

Gráfico 24 – Número de consultas realizadas pelas gestantes

Fonte: O autor (2012)

A origem das pacientes por UBS da região, para que configure amostra válida, foi a seguinte:

Tabela 5 – Origem das pacientes por Unidade Básica de Saúde

	Frequência	Porcentagem	% válido	% cumulativa
Adauto Ribeiro	8	8,2	8,2	8,2
Ana Estela	8	8,2	8,2	16,5
Ariston	8	8,2	8,2	24,7
Central	8	8,2	8,2	33,0
Cohab II	8	8,2	8,2	41,2
Cohab V	8	8,2	8,2	49,5
Florispinga de Carvalho	8	8,2	8,2	57,7
Novo Horizonte	8	8,2	8,2	66,0
Parque Flórida	9	9,3	9,3	75,3
Vila Cretti	8	8,2	8,2	83,5
Vila Helena	8	8,2	8,2	91,8
Vila Menke	8	8,2	8,2	100,0
Total	97	100,0	100,0	

Fonte: O autor (2012)

6 DISCUSSÃO

O movimento de humanização do atendimento médico, crescente após os abusos das ciências médicas com grupos minoritários ou em estado de vulnerabilidade no século XX, exerceu influência para a compreensão do parto, ainda que inicialmente a intenção fosse reduzir taxas de mortalidade infantil durante o parto.

Todavia, no estudo em questão, realizado no Hospital Geral de Carapicuíba-SP, que recebe diversas gestantes de distintas Unidades Básicas de Saúde da região, os dados nem sempre revelam a plenitude deste movimento de humanização.

Com efeito, quando as gestantes foram questionadas, preambularmente sobre terem sido informadas pelo médico, durante as consultas de pré-natal, sobre os diferentes tipos de parto, apenas as gestantes de 3 dentre 12 UBS afirmaram ter recebido informações sobre os diferentes tipos de parto.

Não obstante, a esta mesma pergunta observou-se que as gestantes de 4 dentre 12 UBS disseram não ter sido informadas sobre os diferentes tipos de parto, enquanto as demais gestantes compõem grupos parciais que tornam as respostas com alguma propensão para mais ou menos informadas.

É importante apontar que este padrão de resposta foi observado em outras perguntas relevantes, de modo que aquelas UBS que possuem gestantes que avaliaram não ter recebido tais informações, também não primou pelo cuidado de ouvir a gestante em seus anseios ou de comunicar, de qual forma seja, dos benefícios do parto normal.

Da mesma forma, as orientações dadas pelo médico foram consideradas totalmente suficientes nos lugares em que houve empenho de esclarecer as gestantes, e as entrevistadas de UBS que tiveram oportunidade de discutir sobre o tipo de parto com a família e médico, também entenderam as informações relevantes para esta decisão, enquanto as entrevistadas de UBS que não tiveram a mesma oportunidade de discussão, também não entenderam como relevantes as informações.

Isto demonstra que a existência de esclarecimento da equipe de atendimento da UBS para a gestante proporciona toda uma mudança de

reflexão sobre a gestação, pois há até envolvimento da família na tomada da decisão.

Há gráficos que indicam que há uma preferência pela escolha do parto normal, ainda que não seja plenamente convicta, exceto naquelas gestantes da UBS da Vila Helena, mas tampouco os dados repassados quanto a cesárea convenceram plenamente as gestantes a ponto de todas o rejeitá-lo.

Também demonstram que há entrevistadas que, mesmo com as informações obtidas no pré-natal, ainda estão indecisas sobre o tipo de parto a escolher, enquanto as gestantes das demais UBS não souberam responder se as informações obtidas durante o pré-natal tiveram importância sobre sua escolha do tipo de parto.

Com isto, pode-se perceber que, quando há consentimento da gestante para o tipo de parto, este não é totalmente esclarecido, pois ainda há dúvidas e incertezas para a formação de sua manifestação de vontade.

As entrevistadas das UBS Ana Estela, Vila Helena, Cohab V, Vila Cretti e Novo Horizonte acreditam que as informações obtidas durante o pré-natal foram suficientes para esclarecer suas dúvidas sobre o momento do parto, enquanto as provenientes das demais UBS não souberam responder se as informações obtidas durante o pré-natal foram suficientes para esclarecer suas dúvidas.

As entrevistadas da UBS Central não acreditam que suas dúvidas durante o pré-natal foram suficientemente esclarecidas.

Considerando o padrão de respostas apresentados sobre as informações quanto às diversas formas de parto, e a maior quantidade de gestantes manifestando ter esclarecimento de dúvidas relacionadas ao momento do parto durante o pré-natal, demonstra que o tipo de informação prestada refere-se unicamente quando as gestantes manifestam alguma dúvida sobre o momento do parto.

Vale dizer, não há pró-atividade no sentido de fornecer informações a todo tempo – tanto que há diversas manifestações no sentido de precariedade de conhecimento dos métodos – mas quando há dúvidas, parte delas é atendida.

Interessante observar o caso da UBS Ana Estela, em que as gestantes manifestaram não terem sido devidamente informadas sobre os diferentes tipos de parto, que desconhecem as vantagens do parto normal ou cesáreo, que não tiveram

oportunidade de manifestar sua vontade durante o pré-natal e não consideram suficientes as informações prestadas pelo médico neste período, mas o pouco que receberam de informação consideraram relevante e que as dúvidas que tiveram sobre o momento do parto foram esclarecidas.

Em outros termos, na UBS em questão, apenas quando se refere a responder perguntas sobre o momento do parto é que tem sido eficiente, o que demonstra metodologia de trabalho destoante das demais.

Por outro lado, é preocupante o fato de que aquelas gestantes atendidas pela UBS Central manifestaram que suas dúvidas não foram devidamente esclarecidas, o que é o mesmo que dizer que não foram devidamente assistidas, e tampouco estão tendo sua manifestação de vontade asseguradas, e menos ainda assegurada com base em conseguir esclarecimento das gestantes.

Assim, o presente estudo revela estado de precariedade no fomento da humanidade das gestantes por meio de sua autonomia, vez que apenas parcela tem acesso às informações devidas pela equipe de profissionais, com algumas UBS apresentando verdadeiros problemas de saúde pública pelos seus altos índices de gestantes com desconhecimentos dos meios de partos, seus benefícios e vantagens, bem como de oportunidade para discutir ou manifestar como se sente em relação a tais.

Estudos mostram que o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano.

Neste sentido, interessante comprovar estudos de Suchman e Matthews (1998) que sugerem que a informação diminui o sentimento de isolamento do paciente e colabora para uma cooperação mútua na relação médico-paciente. Da mesma forma, Hall e colaboradores (1988) realizaram meta-análise de 41 estudos e concluíram que a satisfação do paciente está relacionada à quantidade de informação recebida e à participação no tratamento.

Possivelmente isto se deve porque há estudos que também indicam que, nos países subdesenvolvidos, onde a assistência médica é precária, como em muitas regiões do Brasil, a atenção pré-natal representa a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica (OSIS, 1998; BRASIL, 2000a). Ainda assim,

a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é baixa, considerando o que é recomendado pela OMS, o mínimo de seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2000a; COIMBRA, et al., 2003). No caso do estudo ora conduzido, a maior parte (72,2%) das gestantes tiveram seis ou mais consultas, conforme tabela 4.

Este resultado corrobora a observação de alguns autores de que os estudos sobre a extensão dos cuidados são importantes, mas não fornecem informações sobre o conteúdo, a continuidade e a qualidade da assistência prestada (GONÇALVES, et al., 2008).

Estudo semelhante realizado no sudeste da Suécia concluiu que há discrepância entre a quantidade de informação que as parteiras dão às gestantes durante o pré-natal comparado com o que se considera necessário para o entendimento completo dos fatos medicamente relevantes e dos riscos envolvidos. Todavia, ainda que as informações dadas eram insuficientes, a maioria das gestantes indicaram estar satisfeitas com a informação (FERM, et al., 2009).

Na França, dois estudos demonstraram que apenas 60% das gestantes estavam satisfeitas com a clareza e quantidade de informações recebidas durante o pré-natal, mas que 47% considerava as informações inúteis e 6% não recebeu informação alguma (GEKAS, et al., 1999).

Na Grécia, estudo demonstrou que apenas 7,9% das gestantes recebiam informação de profissional de saúde, enquanto 28,8% não possuíam nenhuma fonte de informação e 43,8% recebiam informações de fontes informais, como amigos, televisão e imprensa não especializada (KITSIOU-TEZLI, et al., 2010).

A má condução de informações durante o pré-natal está na contramão da mudança paradigmática que vai da aproximação paternalista ao modelo de aumento da autonomia do paciente e da tomada de decisões informadas, conforme demonstrado por Dahl e colaboradores (2006), cujo estudo também demonstra que a informação devida pode aumentar o nível de conhecimento e reduzir conflitos de decisão sem nenhum impacto em índices de ansiedade.

Não importa apenas informar, mas é preciso esclarecer, para que as gestantes possam tomar decisões devidamente fundamentadas. Esta conclusão é feita por estudo que analisou a relação entre as informações de aconselhamento genético e abortos. Observou-se grande número de abortos em casos que as pacientes relataram ter recebido informações dadas sem o devido esclarecimento (DUNNE, 1998).

7 CONCLUSÃO

O presente trabalho, sobre a autonomia da gestante na escolha da via de parto que considera melhor para seus anseios e dignidade, foi realizado considerando, preambularmente, a relação entre autonomia e manifestação da vontade (por meio do consentimento livre e esclarecido) tal como a relação entre valor, princípio e regra.

Neste sentido, afirmou-se e demonstrou-se que a Autonomia não pode ser considerada como uma regra, vez que possui conteúdo abstrato que ordenam algo na maior medida possível, como um mandato de otimização que pode ser cumprido em maior ou menor medida e de diversas formas.

Por sua vez, a manifestação de vontade, por meio do *Consentimento livre e esclarecido* possui conteúdo normativo específico, cuja validade é objetiva, e não subjetiva, o que afasta de imediato sua possibilidade como valor, e operacionaliza na lógica em que ou é aplicado, ou não é aplicado, e sua graduação seria desvios da regra inicial, o que a distingue dos requisitos para sua compreensão como princípio.

Assim, percebe-se que a *Autonomia* possui a natureza de princípio, enquanto o *Consentimento livre e esclarecido*, de regra.

A relação que possuem é a de que a Autonomia é princípio fomentado pelo valor da *Dignidade Humana*, mormente após os abusos vivenciados pela humanidade durante as Guerras Mundiais.

Diante da necessidade de concretizar o princípio da Autonomia, uma das formas foi a criação do *Consentimento livre e esclarecido*. Ou seja, o *Consentimento livre e esclarecido* possui sua validade normativa no sistema jurídico e bioético dada pelo princípio da Autonomia.

Demonstrou-se também que o consentimento é reconhecido, pelos pacientes, como forma de humanização do atendimento recebido, vez que também se trata de respeito à sua própria humanização, ao fazê-lo participar das decisões de seu próprio destino de vida.

Este movimento de humanização também influenciou o pensamento dos profissionais de obstetrícia. Com o tempo, passou-se a compreender que a proposição da humanização é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar este momento com

práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, sobretudo as suas escolhas.

Apesar deste movimento, o presente trabalho demonstrou que, na região estudada em questão, ainda há muitos lugares em que o nível de informação durante o pré-natal foi tido como insuficiente ou mesmo inexistente. Estes lugares coincidiam com os mesmos em que não se deu espaço para a autonomia da gestante, ou sequer para ouvir seus anseios e medos, o que demonstra prática frontalmente contrária ao movimento de humanização.

É preciso, portanto, repensar o modo que o pré-natal tem sido realizado nesta região, pois não basta ser formalmente ideal, ainda que com 6 mínimas consultas de pré-natal, se substancialmente não for eficaz em informar ou não assegurar a autonomia e, conseqüente, a humanização da gestante.

Deve-se sempre considerar que garantir a autonomia é garantir o respeito à humanidade do outro.

A pesquisa realizada revela também um estado de precariedade quanto ao exercício da autonomia da gestante na escolha da via de parto. E, mesmo quando ela escolhe, tal decisão é tomada com base em informações precárias. Ademais, apenas pequena parcela das gestantes tem acesso às informações devidas pela equipe de profissionais, revelando um estado preocupante com relação a esta decisão tão importante na vida da gestante e da sua família.

Vale ressaltar que as informações a respeito das vias de parto são exíguas, bem como discussões sobre o tema com a paciente e sua família durante o pré-natal, momento em que isto deveria acontecer, além de que expressar sua opinião a respeito deste tema parece improvável.

O fato das pacientes gestantes apresentarem baixa adesão aos grupos de palestras educativas e falta de atendimento por equipe multidisciplinar também corroboram para que assistência adequada seja prejudicada e realizada de forma ineficiente. Haja vista que das 12 Unidades pesquisadas, apenas em 5 as pacientes afirmaram ter planejamento familiar, fato este que repercute em vários setores da sociedade de forma indesejada.

Há que considerar ainda que em determinadas UBS as pacientes não tiveram nem suas dúvidas relacionadas à gestação sanadas, ferindo o direito que todos têm a informação, ainda que seja mínima, desrespeitando diretamente o exercício da

autonomia frente às questões relacionadas à sua saúde e desrespeitando a dignidade humana.

O resultado desta pesquisa, que abrangeu apenas um município (Carapicuíba) do Estado de São Paulo, não pode evidentemente ser extrapolado para toda a população, no entanto, seus achados conferem importância ao tema, e apontam claramente para a necessidade da realização de estudos de maior porte, que permitam um conhecimento mais amplo da nossa realidade.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 21. ed. Tradução de Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ABBAGNANO, Nicola. **Introdução ao existencialismo**. Tradução de Marcos Marciolino (Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- ALEXY, Robert. **El concepto y la validez del derecho**. Barcelona: Gedisa, 2004.
- ALEXY, Robert. On the structure of legal principles. In: **Ratio Juris**. v. 13. n. 3. Set. 2000.
- ALEXY, Robert. Sistema jurídico, princípios jurídicos y razón práctica. In: **Doxa**. n. 5. 1988.
- ALEXY, Robert. **Teoría de los derechos fundamentales**. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2001.
- ALEXY, Robert. Zum Begriff des Rechtsprinzips. **Rechtstheorie**. Beiheft I, 1979.
- ALMEIDA, José Luiz Telles. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principalista da relação médico-paciente**. Tese; Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.
- BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto Cesáreo: Quem o Deseja? Em Quais Circunstâncias? **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, p. 1611-1620, 2003.
- BARCELLOS, Luíza Gonçalves; SOUZA, André Oliveira Rezende; MACHADO, César Augusto Frantz. Cesariana: Uma Visão Bioética. **Revista Bioética**, v. 17, p. 497-510, 2009.
- BARONA, Josep Luís. Cancer patients and medical practice: some historical and cultural considerations. **Annals of the New York academy of science**, v. 809, p. 17-29, 1997.
- BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Principles of biomedical ethics**. 6. ed. Nova Iorque: Oxford University, 2009.

BENOLIEL, J. Quint. The realities of work. In: HOWARD, Jan; STRAUSS, Anselm. **Humanizing health care**. New York, John Wiley & Sons, Inc., 1975.

BINSWANGER, Ludwig. **Einführung in die Probleme der allemeinen Psychologie**. Berlim: Springer Verlag, 1922.

BORDO, Susan R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R. **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. (Coleção Gênero)

BRASIL. Ministério da Saúde. PAISM. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1984.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 01, de 14 de junho de 1988. **Normas de pesquisa em saúde**. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/1988/reso01.doc

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.

BRASIL. Estado de São Paulo. Lei Estadual nº 10.241, 17 de março de 1999. **Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e de outras providencias**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanização/docs/E-LE10241-1803399.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Urgências e emergências maternas – Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 5. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2005a.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005b. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 675 de 30 de março de 2006b. Disponível em: HTTP://www.conasems.org.br/intraconasems/arquivo/legislacao/DO1_2006_03_31.pdf.

BRASIL. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: Cenários e Perspectivas**. Rio de Janeiro, 2008.

BUBER, Martin. **Between man and man**. Londres: Routledge&Co, 1947.

BULTMANN, Rudolf Karl. **Theology of new testament**. Nova Iorque: Charles Scribner`s Sons, 1951.

CARDOSO, Junia Espinha. **A dissonância entre o desejo e a realidade**: a escolha da via do parto pelas mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, UFRJ, 2008.

CARVALHO, Marcelo; COSTA, Sergio. **Consentimento livre e esclarecido**. Disponível em: <<http://portalbioetica.com.br/adm/artigos/CONSENTIMENTO-Marcelino.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2012.

CHILDRESS, James F. Principles-oriented bioethics. An analysis and assessment from within. In: DUBOSE, Edwin R., HAMEL, Ronald P.; O'CONNELL, Laurence J. (Orgs.). **A matter of principles?** Ferment in U.S. bioethics. Valley Forge: Trinity International, 1994.

CLOTET, Joaquim; GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

COIMBRA, Liberata; et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública.** V. 37, n.º 4, São Paulo: ago.2003.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar.** 4. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1999b.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sara Hawker. **Questões da saúde reprodutiva.** FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

DAHL, Katja et al. Informed consent: providing information about prenatal examinations. **Acta Obstetricia et Gynecologica.** v. 85, p.1420-1425, 2006.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics,** v. 48, p. 33-52, 2001.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das Mulheres na Definição pelo parto Cesáreo: estudo de Caso em Duas Unidades do Sistema de Saúde Suplementar do Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva,** 2008.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero:** elementos para uma releitura médico-social. Imprensa Oficial do Estado. São Paulo, 1996.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias.** 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUNNE, Cara; WARREN, Catherine. Lethal autonomy: the malfunction of the informed consent mechanism within the context of prenatal diagnosis of genetic variance. **Issues in law & medicine.** v. 14, n. 2, p. 165-202, 1998.

DURAND, G. **Introdução geral à Bioética:** história, conceitos e instrumentos. 2. ed. São Paulo, Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2007.

DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

DWORKIN, Ronald. The model of rules. **The university of Chicago law review**. n. 35, p. 14-67, 1967.

DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípio**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FERM WIDLUND, Kjerstin; et al. Pregnant women are satisfied with the information they receive about prenatal diagnosis, but are their decisions well informed? **Acta Obstetrician et Gynecologica Scandinavica**. v. 88, n. 10, p. 1128-32, 2009.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

GARCÍA FIGUEROA, Alfonso. **Princípios y positivismo jurídico: el no positivismo principialista en las teorías de Ronald Dworkin y Robert Alexy**. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1998.

GEKAS, J. et. al. Informed consent to serum screening: are women given adequate information? **Prenatal Diagnostic Review**. vol. 19, p. 1-7, 1999.

GONÇALVES, Roselane; URASAKI, Maristela Belletti Mutt; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa et. al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61., n.º 3, Brasília, maio/jun. de 2008.

GOODBURN, Elisabeth; CAMPBELL, Oona. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. **British medical journal**, v. 322, p. 917-920, 2001.

GRACIA, Diego. **Fundamentación e enseñanza de la bioética**. Bogotá: Búho, 1998.

GULINELLI, André et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, p. 41-47, 2004.

HABERMAS, Jurgen. **Facticidad y validez**: sobre el derecho y el estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso. 2. ed. Madrid: Trotta, 2000.

HALL, Judith A; ROTER, Debra L; KATZ, Nancy R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. **Medical Care**, v. 26, p. 657-675, 1988.

HORA, Henrique Rego Monteiro da; MONTEIRO, Gina Torres Rego; ARICA, Jose . Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente alfa de crombach. **Produto & Produção**, v. 11, n. 2, p. 85 - 103, jun. 2010.

HOSSNE, William Saad; ALBUQUERQUE, Maria Clara, GOLDIM, José Roberto. Nascimento e desenvolvimento da bioética no Brasil. In. ANJOS, Márcio Fabri; SIQUEIRA, José Eduardo de (Coords.). **Bioética no Brasil**. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.

JASPERS, Karl. **Existenzphilosophie**. Frankfurt am Main: Die Literatur, 1938.

JASPERS, Karl. **Vernunft und Existenz**. Munique: R. Piper & Co. Verlag, 1960.

JORDAN, Brigitte. **Birth in four cultures**: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and United States. Illinois: Waveland Press Inc. Prospect Heights, 1993.

KENNEDY, Donald A. Adaptations to more humanizing forms of health care. In: HOWARD, Jan; STRAUSS, Anselm. **Humanizing health care**. New York, John Wiley & Sons, Inc., p 175-183, 1975.

KIERKEGAARD, Sören. **Either/or**: an fragment of life. Londres: Penguin Books, 1992.

KIERKEGAARD, Sören. **The sickness unto death**. Tradução de Alastair Hannay. Londres: Penguin Books, 1989.

KITSIOU-TEZLI, Sofia; PETRIDOU, Eleni; KARAGKIOUZIS, Thomas et. al. Knowledge and attitudes towards prenatal diagnostic procedures among pregnant women in Greece. **Fetal Diagnosis and Therapy**. v. 27, p. 149-155, 2010.

LARENZ, Karl. **Metodologia da ciência do direito**. 3. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

LARENZ, Karl. **Richtiges Recht, Grundzuge einer Rechtsethik**. Munich: C.H.Beck, 1979.

MAHLER, Halfdan. **The safe motherhood initiative: a call to action**. Nairobi, World Health Organization, Geneva, 1987.

MANDARINO, Natália Ribeiro et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p.1587-1596, jul./2009.

MARCEL, Gabriel. **L'Existencialisme chrétien**. Paris: Plon, 1947.

MILL, John Stuart. **On liberty**. Boston: Collier, 1909.

MILLER, Bruce. Autonomy. In: REICH, Warren T. (Org.) **Encyclopedia of bioethics**. Nova Iorque: Simon and Schuster Macmillan, p. 215-220. t.1. 1995.

MURPHY-LAWLEES, Jo. **A history of obstetric thinking**. Bloomington: Indiana University College Press, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos humanos**. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto internacional sobre os direitos civis e políticos**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Sistema-Global.-Declara%C3%A7%C3%B5es-e-Tratados-Internacionais-de-Prote%C3%A7%C3%A3o/protocolo-facultativo-referente-ao-pacto-internacional-sobre-os-direitos-civis-e-politicos.html>

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 14, p.25-32, 1998.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesáreas em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 185-194, 2011.

PITTROF, Rüdiger; CAMPBELL, Oona; FILIPPI, Veronique G. What is quality in maternity care? An international perspective. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 81, p. 277-283, 2002.

POUND, Roscoe. The scope and purpose of sociological jurisprudence. **Harvard law review**. v. 24, n. 8, p. 591-619, 1911-1912.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

ROSENFELD, Allan; MAINE, Deborah. **Maternal mortality: a neglected tragedy**. Where is the M in MCH? *Lancet*, 83-85, 1985.

RUIZ MANERO, Juan. Princípios Jurídicos. In GARZÓN VALDÉS, Ernesto; LAPORTA, Francisco. (Org.) **El derecho y la justicia**. Madrid: Trotta/Boletín Oficial del Estado, 1996.

SARTRE, Jean-Paul. **L'Existencialisme est um humanisme**. Paris: Nagel, 1946.

SAUNDERS, Christobel M; BAUM, Michael; HOUGHTON, Joan. Consent research and the doctor-patient relationship. In: GILLON, Raanan. (Ed.). **Principles of health care ethics**. London: John Wiley & Sons, 1994.

SCHIRMER, J; et al. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**. 3ª Ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde, 2000.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SERRUYA, Suzanne. **Mulheres esterilizadas: submissão e desejo**. Pará: Universidade Estadual do Pará e Universidade Federal do Pará, 1996.

SUCHMAN, Anthony L; MATTHEWS, Dale A. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connective dimension of medical care. **Annals of internal medicine**, v. 108, p. 125-130, 1998.

TANAKA, Ana Cistina d'Andretta. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.

TEDESCO, Ricardo Porto. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, nov-dez./2004.

VALE, André Rufino do. **Estrutura das normas de direitos fundamentais**: repensando a distinção entre valores, princípios e regras. São Paulo: Saraiva, 2009.

VARGA, Andrew C. **Problemas de bioética**. Tradução de Pe. Guido Edgar Wenzel. São Leopoldo: Unisinos, 1990.

VAUGHAN, J. Patrick; ABOUZAHAR, Carla. Reproductive health: widening horizons. **Bulletin of world health organization**, n. 78, p. 569-573, 2000.

WAGNER, Marden. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 48, p. 33-52, 2001.

WAGNER, Marden. **Pursuing the birth machine**. The search for appropriate birth technology. Camperdown, Australia: ACE Graphics, 1994.

WALSH, Sylvia. **Kierkegaard**: thinking christianly in an existential mode. Nova Iorque: Oxford University, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth**: a practical guide – maternal and newborn health/Safe Motherhood Unit. World Health Organization, Geneva, 1996.

ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2008.

APENDICE A

QUESTIONÁRIO:

Data da aplicação do questionário: _____

1. Identificação da paciente nº _____:

1.1. Idade:

1.2. Escolaridade:

1.3. Estado Civil:

1.4. Profissão:

1.5. Idade Gestacional:

1.6. Número de consultas de pré-natal:

1.7. UBS onde faz pré-natal:

1.8. Município onde faz pré-natal:

2. Questões:

2.1. Durante as consultas de pré-natal eu fui informada pelo meu médico sobre os diferentes tipos de parto: normal, fórcepe e cesáreo.

(5) concordo plenamente

(4) concordo parcialmente

(3) não sei

(2) não concordo parcialmente

(1) não concordo totalmente

2.2. Diante das informações que o meu médico me forneceu durante o pré-natal, passei a conhecer as vantagens e desvantagens do parto normal.

(5) concordo plenamente

(4) concordo parcialmente

(3) não sei

(2) não concordo parcialmente

(1) não concordo totalmente

2.3. Diante das informações que o meu médico me forneceu durante o pré-natal passei a conhecer as vantagens e desvantagens do parto cesáreo.

(5) concordo plenamente

(4) concordo parcialmente

(3) não sei

(2) não concordo parcialmente

(1) não concordo totalmente

2.4. Durante as consultas de pré-natal, tive oportunidade de expressar minha opinião para o meu médico sobre qual via de parto gostaria de ter.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.5. Tive oportunidade suficiente de discutir sobre os diferentes tipos de parto e sobre a escolha do tipo de parto em conjunto com minha família e com o meu médico.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.6. As orientações que recebi durante o pré-natal pelo meu médico foram suficientes para me ajudar a decidir sobre o tipo de parto.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.7. As informações que me foram passadas durante o acompanhamento pré-natal foram fundamentais para a escolha do tipo de parto.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.8. Após todas as informações recebidas, mantive minha escolha inicial sobre o tipo de parto que gostaria de ter.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.9. Após todas as informações recebidas durante o acompanhamento pré-natal, optarei pelo tipo de parto normal.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.10. Após todas as informações recebidas durante o pré-natal, optarei pelo tipo de parto cesáreo.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.11. Após todas as informações recebidas durante o pré-natal, ainda continuo indecisa a respeito de qual tipo de parto vou optar.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.12. As minhas dúvidas relacionadas à gestação foram todas esclarecidas durante o pré-natal.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.13. As minhas dúvidas relacionadas ao momento do parto foram esclarecidas durante o pré-natal.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.14. Sempre foi permitido que meu acompanhante participasse das consultas quando ele estava presente.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.15. Tive oportunidade de visitar a minha maternidade de referência durante o pré-natal.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.16. Estou satisfeita com o meu acompanhamento pré-natal.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.17. O número de consultas que participei foi suficiente, em minha opinião, para obter conhecimentos relacionados à gestação e ao parto.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.18. Participei de grupos com palestras educativas sobre o momento do parto e os principais tipos de parto.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.19. Sinto-me acolhida na Unidade Básica de Saúde onde faço pré-natal.

- (5) concordo plenamente
- (4) concordo parcialmente
- (3) não sei
- (2) não concordo parcialmente
- (1) não concordo totalmente

2.20. Fui atendida por equipe multidisciplinar (assistente social, psicólogos, enfermeiros) durante o pré-natal.

(5) concordo plenamente

(4) concordo parcialmente

(3) não sei

(2) não concordo parcialmente

(1) não concordo totalmente

2.21. A minha gestação foi planejada.

(5) concordo plenamente

(4) concordo parcialmente

(3) não sei

(2) não concordo parcialmente

(1) não concordo totalmente

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: “REFLEXÕES BIOÉTICAS PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PRÉ-NATAL: A AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO”

Pesquisador Responsável: Sara Soldera Modenez

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a participar da Pesquisa intitulada “**REFLEXÕES BIOÉTICAS PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PRÉ-NATAL: A AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO**”. A pesquisa tem por objetivo identificar possíveis fatores na assistência ao pré-natal que possam contribuir para a não valorização da opinião da paciente na escolha da via de parto. Sua participação nesta pesquisa é muito valiosa e para tanto consistirá apenas em responder um questionário de maneira **voluntária**.

Esta pesquisa não oferece benefício direto ao sujeito da pesquisa, mas trará como contribuição o conhecimento real de como o assunto sobre os diferentes tipos de parto é abordado no pré-natal e de que forma isso contribui para que a autonomia da paciente na escolha do seu tipo de parto seja respeitada e valorizada. E desta maneira, promover uma reflexão por parte dos profissionais envolvidos, para que a assistência ao pré-natal seja cada vez mais humanizada, valorizando os princípios bioéticos.

As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhuma circunstância.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder ao questionário é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Caso você aceite participar, as perguntas serão feitas pelo entrevistador (pesquisador) e o questionário será preenchido após a sua permissão. Somente os pesquisadores envolvidos neste projeto terão acesso a estas informações. Quando

os dados coletados forem transcritos, a identificação do sujeito será apagada e, portanto, não divulgada.

Qualquer informação adicional ou esclarecimentos acerca deste estudo poderá ser obtido junto ao pesquisador, pelo telefone celular de número (11) 8281-3992, e-mail sarasolm@gmail.com, ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo através do telefone de número (11) 3465-2669.

APÊNDICE C**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Acredito ter sido suficientemente esclarecida com as informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo intitulado “**REFLEXÕES BIOÉTICAS PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PRÉ-NATAL: A AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO**”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias asseguradas de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Eu, Sra.
fui devidamente informada sobre a pesquisa realizada pela Sra. Sara Soldera Modenez, aluna do programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Bioética do Centro Universitário São Camilo, a fim de obtenção do título de Mestre em Bioética. Concordo em participar da mesma e autorizo a utilização dos dados coletados durante a entrevista nesta pesquisa.

Data ____/____/____

Assinatura da participante

Data ____/____/____

Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE D

QUESTIONÁRIO SUBDIVIDIDO EM CATEGORIAS:

Categoria 1: Existência do esclarecimento

2.1 Durante as consultas de pré-natal eu fui informada pelo meu médico sobre os diferentes tipos de parto: normal, fórcepe e cesáreo.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

Categoria 2: Conteúdo do esclarecimento

2.2 Diante das informações que o meu médico me forneceu durante o pré-natal, passei a conhecer as vantagens e desvantagens do parto normal.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

2.3 Diante das informações que o meu médico me forneceu durante o pré-natal passei a conhecer as vantagens e desvantagens do parto cesáreo.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

Categoria 3: Manifestação de vontade

2.4 Durante as consultas de pré-natal, tive oportunidade de expressar minha opinião para o meu médico sobre qual via de parto gostaria de ter.

- concordo plenamente

- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

2.5 Tive oportunidade suficiente de discutir sobre os diferentes tipos de parto e sobre a escolha do tipo de parto em conjunto com minha família e com o meu médico.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

Categoria 4: Qualidade do esclarecimento

2.6 As orientações que recebi durante o pré-natal pelo meu médico foram suficientes para me ajudar a decidir sobre o tipo de parto.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

2.7 As informações que me foram passadas durante o acompanhamento pré-natal foram fundamentais para a escolha do tipo de parto.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

Categoria 5: Eficácia do esclarecimento

2.8 Após todas as informações recebidas, mantive minha escolha inicial sobre o tipo de parto que gostaria de ter.

- concordo plenamente

- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

Categoria 6: Resultado do esclarecimento

2.9 Após todas as informações recebidas durante o acompanhamento pré-natal, optarei pelo tipo de parto normal.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

2.10 Após todas as informações recebidas durante o pré-natal, optarei pelo tipo de parto cesáreo.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

2.11 Após todas as informações recebidas durante o pré-natal, ainda continuo indecisa a respeito de qual tipo de parto vou optar.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

Categoria 7: Dúvida e esclarecimento

2.12 As minhas dúvidas relacionadas à gestação foram todas esclarecidas durante o pré-natal.

- concordo plenamente

- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

2.13 As minhas dúvidas relacionadas ao momento do parto foram esclarecidas durante o pré-natal.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

Categoria 8: Esclarecimento e atendimento

2.14 Sempre foi permitido que meu acompanhante participasse das consultas quando ele estava presente.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

2.15 Tive oportunidade de visitar a minha maternidade de referência durante o pré-natal.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

2.16 Estou satisfeita com o meu acompanhamento pré-natal.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei

não concordo parcialmente

não concordo totalmente.

2.17 O número de consultas que participei foi suficiente, em minha opinião, para obter conhecimentos relacionados à gestação e ao parto.

concordo plenamente

concordo parcialmente

não sei

não concordo parcialmente

não concordo totalmente.

2.18 Participei de grupos com palestras educativas sobre o momento do parto e os principais tipos de parto.

concordo plenamente

concordo parcialmente

não sei

não concordo parcialmente

não concordo totalmente.

2.19 Sinto-me acolhida na Unidade Básica de Saúde onde faço pré-natal.

concordo plenamente

concordo parcialmente

não sei

não concordo parcialmente

não concordo totalmente.

2.20 Fui atendida por equipe multidisciplinar (assistente social, psicólogos, enfermeiros) durante o pré-natal.

concordo plenamente

concordo parcialmente

não sei

não concordo parcialmente

não concordo totalmente.

Categoria 9: Planejamento familiar

2.21 A minha gestação foi planejada.

- concordo plenamente
- concordo parcialmente
- não sei
- não concordo parcialmente
- não concordo totalmente.

ANEXO A

Teste de esfericidade de Bartlett: testa a hipótese de que as variáveis não sejam correlacionadas na população.

A estatística do teste é dada por: $x^2 = \left[(n-1) - \frac{2p+5}{6} \right] 1n|R|$, que tem uma distribuição qui-quadrado com: $v = \frac{p(p-1)}{2}$, grau de liberdade, em que:

n = tamanho da amostra

p = número de variáveis

|R| = determinante da matriz de correlação

ANEXO B

Medida de Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): representada pelo índice (MAS) que avalia a adequação da análise fatorial,

calculado por:
$$MSA = \frac{\sum \sum_{j \neq k} r_{jk}^2}{\sum \sum_{j \neq k} r_{jk}^2 + \sum \sum_{j \neq k} q_{jk}^2}$$
, em que r_{jk}^2 é o quadrado dos elementos da matriz de correlação original (fora da diagonal); q_{jk}^2 é o quadrado dos elementos fora da diagonal da matriz anti-imagem da correlação.

ANEXO C

Análise do coeficiente alfa de Crombach:

Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador através da seguinte equação:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \times \left(\frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right),$$

onde k corresponde ao número de itens do questionário; S_i^2 corresponde a variância de cada item; S_t^2 corresponde a variância total do questionário, determinada como a soma de todas as variâncias.