

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Sociais Aplicadas - CCSA
Departamento de Administração - DA

CLARA AMORIM PONTES CORREIA LIMA

**MARKETING SOCIAL PARA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE DOS FATORES
DE INFLUÊNCIA EM COMPORTAMENTOS PRÓ-PARTO NORMAL**

João Pessoa

2017

CLARA AMORIM PONTES CORREIA LIMA

**MARKETING SOCIAL PARA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE DOS FATORES
DE INFLUÊNCIA EM COMPORTAMENTOS PRÓ-PARTO NORMAL**

Trabalho de Conclusão de Curso entregue como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Administração, pelo Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Professor Orientador: Dr. Francisco José da Costa

Coordenador (a) do curso: Maria Nadja Valéria Pinheiro

João Pessoa

2017

L732m Lima, Clara Amorim Pontes Correia.

MARKETING SOCIAL PARA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE DOS
FATORES DE INFLUÊNCIA EM COMPORTAMENTOS PRÓ-PARTO
NORMAL / Clara Amorim Pontes Correia Lima. – João Pessoa, 2017.
60f.: il.

Orientador(a): Profº Dr. Francisco José da Costa.
Trabalho de Conclusão de Curso (Administração) – UFPB/CCSA.

1. Marketing social. 2. Saúde pública. 3. Parto normal. I. Título.

UFPB/CCSA/BS

CDU:658(043.2)

*Dedico este trabalho a todos que me apoiaram e,
direta ou indiretamente, participaram deste
momento da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Deus de infinita bondade, a quem devo tudo o que sou e o que tenho, por todas as graças derramadas em minha vida, por ser meu refúgio e fortaleza. A Santíssima Virgem Maria, por ser meu acalento e minha maior guia nessa jornada que é a vida.

À minha voinha, por ser meu maior exemplo de garra e determinação, minha maior incentivadora e admiradora. Aquela que me ensinou o ABC, mas também me ensinou as lições mais valiosas, que me fizeram ser quem sou hoje.

À minha mãe, por todo o carinho e preocupação, e por ser minha referência de perseverança. A meu pai, por todo o seu apoio e amizade.

À minha irmã, pelo laço fraterno e sólido que construímos ao longo da vida, e por estar sempre me estimulando a alcançar meus objetivos.

A todos da família, que contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação como ser humano.

Ao meu orientador, professor Franzé Costa, por todos os direcionamentos que me trouxeram um grande aprendizado acadêmico e pessoal, e por toda a paciência. És o exemplo de profissional que quero seguir.

À Diana e Jailson, pelas preciosas contribuições às reflexões finais desta pesquisa.

Aos meus companheiros de turma, em especial às “Amigas Administradoras” e “In Justos”, pelos 4 anos de parceria. Guilherme e Giovana, por serem tão fundamentais e companheiros nessa reta final. Mariana Burgos, Vanessa Pereira, e principalmente Amanda Régia, por serem verdadeiros anjos enviados para me auxiliar nesse momento.

Por fim, agradeço a todos os professores, pelos ensinamentos passados dentro e fora de sala, e a todos que contribuíram para a realização de mais essa etapa em minha vida.

“Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu, é sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu”.

Ana Vilela

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar quais os principais fatores de influência na predisposição das mulheres que optam pelo parto normal. Para isso, foi abordado no referencial teórico o marketing social, seu surgimento, consolidação e potencialidades, além de seu processo geral. Outra temática abordada foi a de saúde pública e as questões relacionadas à maternidade. Após o levantamento de dados na literatura houve uma pesquisa empírica, que utilizou uma abordagem qualitativa por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. As entrevistas ocorreram, em sua maioria, por telefone. No total, foram 16 entrevistas, sendo 12 gestantes e 8 pós-partos com até 1 ano de nascimento do bebê. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas a uma análise de conteúdo, que resultou em um quadro contendo as 6 esferas de possíveis influências e seus achados. Os resultados do estudo indicam que os principais fatores de influência são o apoio e as experiências da mãe, o apoio do marido, a indicação médica e o medo de o bebê passar da hora de nascer.

Palavras-chave: Marketing social; Saúde pública; Parto normal.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the main factors influencing the predisposition of women who opted for normal birth. For this, it approached in the theoretical reference the social marketing, its emergence, consolidation and potentialities, besides its general process. Another issue addressed was public health and issues related to maternity. After the data collection in the literature there was an empirical research, which used a qualitative approach through a semi-structured interview script. The interviews were mostly by telephone. In total, there were 16 interviews, of which 12 were pregnant and 8 were postpartum with up to 1 year of birth. All the interviews were transcribed in full and submitted to a content analysis, which resulted in a table containing the 6 spheres of possible influences and their findings. The results of the study indicate that the main factors of influence are the support and experiences of the mother, the support of the husband, the medical indication and the fear of the baby passing from the time of birth.

Keywords: Social marketing; Public health; Normal birth.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diferentes formas de marketing na perspectiva social	14
Figura 2 - Processo geral de marketing social por Kotler e Roberto.....	15
Figura 3 - Processo geral de marketing social por Andreasen	16

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipos de parto	21
Quadro 2 - Comparaçao entre as abordagens de pesquisa.....	23
Quadro 3 - Perfil das entrevistadas (Gestantes).....	24
Quadro 4 - Perfil das entrevistadas (Pós-partos)	25
Quadro 5 - Quadro resumo dos resultados	48

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Apresentação e justificativa.....	7
1.2 Problema e objetivo.....	9
1.3 Estrutura do trabalho	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 Fundamentos de Marketing Social	11
2.1.1 <i>Surgimento, consolidação e potencialidades</i>	11
2.1.2 <i>Processo geral de Marketing Social</i>	15
2.1.3 <i>Marketing social e saúde pública.....</i>	17
2.1.4 <i>Trabalhos focados no tema</i>	18
2.2 Saúde pública: questões relacionadas à maternidade.....	19
2.2.1 <i>Saúde pública e da mulher</i>	19
2.2.2 <i>Maternidade e parto</i>	21
3 METODOLOGIA	22
3.1 Método da pesquisa.....	23
3.2 Procedimentos metodológicos: sujeitos da pesquisa e coleta de dados.....	24
3.3 Procedimentos de análise dos dados	26
4 ANÁLISE DOS DADOS	27
4.1 Resultado das entrevistas.....	27
4.2 Consideração dos resultados à luz do Marketing Social.....	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
5.1 Resgate geral.....	52
5.2 Impactos teóricos e práticas de marketing social	53
5.3 Limitações e recomendações	54
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE.....	58
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	59

1 INTRODUÇÃO

O parto é um dos momentos mais importantes na vida das mulheres e de suas famílias. A história nos mostra que isso era visto como um processo natural e por esse motivo a mulher era seu principal personagem. Ao longo do tempo houve mudanças, e o protagonismo das mães foi dando espaço às parteiras, que eram mulheres reconhecidas pela comunidade por sua experiência. Em seguida, com a evolução dos conhecimentos médicos, o parto passou a ser visto como um risco à vida das mulheres, por isso as unidades hospitalares e profissionais da saúde passaram a fazer parte desse momento (GORTARDO; SILVA, 2007).

A intervenção médica e os vários tabus criados em torno desse processo vêm contribuindo para a desvalorização do parto natural e aumentando o índice de procedimentos cirúrgicos, muitas vezes desnecessários. Em contrapartida, visando combater o desequilíbrio que a cultura contemporânea criou, alguns órgãos como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estão buscando sensibilizar a opinião pública por meio de ações que estimulem a mudança de comportamento da população.

Uma das ferramentas que auxiliam no entendimento e na mudança de comportamentos sociais é o Marketing Social, que segundo Kotler e Roberto (1992, p. 25) é “[...] uma tecnologia da mudança social [...] voltada para o aumento da disposição de aceitação de uma ideia ou prática social em um ou mais grupos de adotantes escolhidos como alvo.” Nesse sentido, essa pesquisa visa compreender os fatores de influência do comportamento das mulheres, com base nos conhecimentos do marketing social em relação ao parto.

1.1 Apresentação e justificativa

A gravidez é um momento de grande transformação na vida de uma mulher, que reflete uma ambivalência de sentimentos compostos por alegria, aceitação, muitos questionamentos e inseguranças. Inúmeras dúvidas tomam conta dessa fase, e uma delas é a forma do nascimento do bebê, o que vem gerando muitas discussões atualmente. As formas de nascimento são diversas: parto normal, parto domiciliar, parto na água, cesárea, parto prematuro, etc. (BRASIL, 2011g). A gestante, juntamente com seu obstetra, deve escolher a que mais se aplica a sua situação, porém o que acontece é um crescimento mundial no número de realizações de cirurgias cesarianas previamente planejadas (BBC BRASIL, 2016).

A cirurgia cesariana é indicada somente em casos específicos, como quando a saída da

criança é bloqueada pelo deslocamento da placenta, quando a gestante possui HIV, diabetes grave, eclampsia, problemas graves de coração, entre outras exceções. Porém, alguns mitos como tamanho do bebê, largura da bacia da mãe, posição do bebê, cesarianas anteriores, etc. auxiliam na difusão da cultura pró cesariana, cultura esta que ignora os riscos da cirurgia (BBC BRASIL, 2016). Segundo Clark *et al.* (2008), nos EUA o risco de morte materna em partos cesáreos é 10 vezes maior que em partos naturais, com isso as taxas de morte materna analisadas pelo estudo foram 0,2% em partos normais, enquanto em cesáreas 2,2%.

No ano de 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a taxa ideal de partos cesáreos seria entre 10% e 15% do total de partos, para qualquer região do mundo (OMS, 2016), mas são poucos os países que estão inseridos nessa proporção. O Brasil, por exemplo, é líder mundial em número de cesarianas eletivas. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, 84,6% dos partos são cesáreos na rede particular; já na rede pública, a OMS (2016) aponta 56% de cesarianas. Segundo dados do Ministério da Saúde (2011), dos partos realizados na região Nordeste 46,29% foram cirurgias cesarianas, e o índice da Paraíba é o segundo maior da região, sendo de 53,21% e só ficando atrás de Alagoas, com 55,38%.

Diante desses fatos, a ANS divulgou uma resolução normativa (RN 368, 2015) a fim de estimular o parto natural em contrapartida ao cesariano, quando não necessário. Nela está previsto que:

[...] os planos de saúde devem divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico, sempre que solicitados. Devem fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, nos quais devem constar o registro de todo o pré-natal, e exigir que os obstetras utilizem o Partograma, documento gráfico onde é registrado tudo o que acontece durante o trabalho de parto, que é substituído quando há justificativa clínica para parto eletivo. Nesse caso, a gestante deverá assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que ocorra a cirurgia. (BRASIL, 2016a).

Nesse contexto, o Marketing social é um tema que vem sendo trabalhado desde 1971 e pode ser utilizado para tratar de assuntos como o parto, pois é uma “[...] abordagem comportamental, que é cada vez mais utilizada para alcançar impactos positivos na vida dos indivíduos e grupos, e para ajudar a sustentá-los ao longo do tempo.” (FRENCH *et al.*, 2010, p.32). De fato, as questões de saúde pública vêm sendo cada vez mais abordadas em trabalhos acadêmicos, com base nos fundamentos do marketing social, em especial na Universidade Federal da Paraíba - UFPB (BARBOZA, 2012; BASTOS, 2013; SILVA, 2015).

O caso do parto envolve a adoção ou não de comportamento pelas mulheres, o que pode ser refletido à luz dos conceitos de marketing social, tendo em vista sua amplitude de

aplicações nesse quesito. Partindo do pressuposto que o parto normal é o método mais adequado em uma visão de saúde pública, esta pesquisa vem associar o marketing social com essa questão, para auxiliar no entendimento das motivações das mulheres que possuem predisposição para realizá-lo. Considerando que, segundo Barboza (2012, p.16) “o marketing social torna-se recurso fundamental, principalmente para organizações públicas, tanto no entendimento quanto na resolução de perturbações sociais que são de interesse da sociedade”, entendemos a relevância de analisar a questão abordada no estudo, tomando essa temática como base para tornar as ações de marketing social, relativas ao parto, mais eficazes.

1.2 Problema e objetivo

Com base na literatura e nas pesquisas relacionadas com marketing social e com o comportamento pró parto normal, temos algumas questões que podem direcionar o estudo. São elas: 1) O que leva uma mulher a optar pelo parto natural? 2) Quais características comportamentais determinam a procura pelo parto natural? 3) Quais os fatores estimulantes para a adoção de partos naturais?

A partir dessas questões, a problemática que embasou essa pesquisa é definida em: **quais fatores comportamentais contribuem para elevar a predisposição das mulheres a optarem pelo parto normal?**

A fim de responder esse questionamento, o objetivo geral da pesquisa é **levantar na literatura fatores de influência nessa predisposição e desenvolver um teste empírico para identificação de sua validade.**

Com base nesse objetivo, temos três objetivos específicos determinados. Primeiramente analisar fatores de influência na predisposição das mulheres à opção pelo parto normal, a partir da revisão de literatura baseada no marketing social. Segundo, identificar empiricamente os fatores que influenciam a predisposição, por meio de um estudo de campo. E por fim, identificar alternativas de promoção do comportamento a partir de ações de marketing social.

1.3 Estrutura do trabalho

Tendo a justificativa e os objetivos definidos, a estrutura do trabalho é delimitada apresentando os capítulos de revisão teórica, procedimentos metodológicos, análise e discussão de resultados, e as considerações finais. Desse modo, o segundo capítulo é

composto pelo referencial teórico, que abordará o contexto histórico de marketing social, assim como seus conceitos e suas aplicações. Também relacionará o marketing social e a problemática de saúde pública, nesse caso, o parto. Ainda nesse capítulo serão contextualizadas questões como saúde da mulher, maternidade e tipos de parto, além de buscar compreender os possíveis fatores de explicação para os comportamentos de adoção dos tipos de parto. Com base nessas explicações, desenvolveu-se o modelo deste estudo.

No terceiro capítulo serão expostos os procedimentos metodológicos que foram utilizados para a operacionalização da pesquisa. No capítulo posterior são apresentados os dados e discussões dos resultados. O último capítulo é composto pelas considerações finais a respeito dos resultados do estudo, das limitações e sugestões para futuras pesquisas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será abordado o referencial teórico que fundamentou esse estudo. A discussão geral se deu acerca de como o marketing social se aplica nas questões relativas à saúde pública, voltando-se ao tema do parto normal.

2.1 Fundamentos de Marketing Social

Neste ponto veremos o surgimento, estruturação, consolidação e aplicações do marketing social. Entenderemos qual é sua função e conheceremos quais são suas principais funções, em especial na saúde pública.

2.1.1 *Surgimento, consolidação e potencialidades*

As mudanças no modo de produção proporcionadas pela Revolução Industrial influenciaram o crescimento do consumo global. A partir disso, iniciou-se uma onda de inovações na linha de produção resultando no que hoje conhecemos por produção em larga escala, e na forma de divulgar e vender esses produtos, reconhecida como marketing de massa. Com essas evoluções foi instaurada uma sociedade de consumo na qual o marketing, ainda não difundido como área de estudo, tornou-se uma peça chave para persuasão dos consumidores, de modo que mesmo quando não houvesse real necessidade, o marketing poderia criá-la (FRENCH *et al.*, 2010).

O marketing inicialmente era focado apenas nos produtos e nas transações, porém o foco foi ampliado, pois a influência dos canais de marketing nas transações passou a ser notada. Por volta dos anos 50, alguns estudiosos passaram a transcrever as teorias abstratas que estavam sendo utilizadas por acadêmicos para a rotina dos executivos, como respostas gerenciais. Assim, até a década de 60, a visão de marketing era sempre voltada a questões gerenciais e fatores que agregassem valor e aumentassem o lucro das empresas (MIRANDA; ARRUDA, 2004).

Os primeiros pensamentos sobre a adaptação do marketing para promoção de outros elementos que não bens e serviços, tiveram início nos anos 50 com a publicação do artigo intitulado *Why can't you sell brotherhood and rational thinking like you sell soap?*¹ do

¹ Tradução nossa: Por que você não pode vender fraternidade e pensamento racional como você vende sabão?

sociólogo G. D. Wiebe. Pouco tempo depois, em 1969, Kotler e Levy publicaram o artigo *Broadening the concept of marketing*² apresentando a discussão sobre a visão estreita do marketing, visto como uma abordagem que não ia além da compra e venda de produtos, e refletindo sobre como ele poderia ser utilizado para disseminar pensamentos positivos que promovessem o bem-estar da sociedade. Esses conceitos geraram uma reflexão principalmente sobre as ferramentas do marketing, que naquele momento eram convencionalmente distribuição e promoção, e como elas poderiam influenciar o interesse coletivo (ANDREASEN, 2006).

Em 1971, Kotler e Zaltman usaram pela primeira vez a expressão “marketing social” (HASTINGS, 2007) que teve por definição “a criação, implementação e controle de programas calculados para influenciar a aceitação de ideias sociais e envolvendo considerações de planejamento, especificação, comunicação e distribuição de produtos e pesquisa de marketing” (KOTLER; ZALTMAN, 1971, p. 5). Essa ampliação do marketing abrangendo os problemas sociais e instituições sem fins lucrativos, pautada na “troca” e não só na “troca comercial” trouxe críticos como David Luck (1969), que defendia o conceito gerencial de marketing. Os debates relacionados a essa temática ressaltaram, segundo Robert Bartels (1974), uma “crise de identidade” no campo de estudo que precisava de definições (ANDREASEN, 2006).

O primeiro livro sobre a temática foi publicado em 1989 por Kotler e Roberto, o qual viria a ser um guia para o desenvolvimento do marketing social. Nele constavam vários exemplos de campanhas de mudança social, bem como definições e os passos para a implementação das ferramentas já conhecidas de marketing, com foco na promoção de mudanças e solução de problemas sociais.

A partir dos anos 90, o marketing social passa a ser entendido, em sua essência, como um fator de mudança comportamental e não só de ideias. As discussões acerca do tema se tornam cada vez mais frequentes. Citações em artigos e livros, a criação do jornal *Social Marketing Quarterly* em 1994, a oficialização do Instituto de Marketing Social em 1999, entre outros acontecimentos auxiliaram para o fortalecimento da área de pesquisa (ANDREASEN, 2006). Nesse momento passou a ser definido por Kotler e Roberto (1992, p. 25) como

[...] uma tecnologia de administração da mudança social, associada ao projeto, à implantação e ao controle de programas voltados para o aumento da disposição de aceitação de uma ideia ou prática social em um ou mais grupos de adotantes escolhidos como alvo. (KOTLER; ROBERTO, 1992, p.25).

² Tradução nossa: Ampliação do conceito de marketing

Andreasen (2006) conceituou como sendo a aplicação das tecnologias do marketing comercial para influenciar o comportamento voluntário, a fim de melhorar o bem-estar da sociedade a partir da análise, planejamento, execução e avaliação de programas sociais. Com isso, vemos que o marketing social é um promotor de transformações sociais positivas, das quais a sociedade é a maior beneficiada. Utilizando as mesmas funcionalidades do marketing convencional, tem o objetivo de disseminar ideias e pensamentos que provoquem mudanças na forma de agir das pessoas.

Desse modo, uma das principais distinções que podemos ter do marketing social em relação ao comercial é que o objetivo central do marketing social é promover o bem social. O bem social “[...] é definido tanto em termos econômicos como qualquer coisa que produz benefício, seja um serviço ou um produto físico, quanto no sentido moral como algo que é coletivamente interpretado pelos cidadãos como a coisa ‘certa’ a fazer” (FRENCH *et al.*, 2010, p. 32).

Outras distinções que são importantes de se fazer com relação às várias formas de marketing, são as diferenças entre o marketing para o bem social no setor com fins lucrativos e no setor público ou não-governamental. No setor empresarial temos **marketing relacionado às causas sociais**, que visa destinar alguma parte dos lucros da empresa para causas sociais; **marketing pró-social**, que fornece um perfil acolhedor das questões sociais; e o **marketing societal**, que promove o comprometimento das empresas com ações organizacionais positivas e responsáveis. No setor público temos: **marketing social**, que promove comportamentos positivos para o bem social; e **marketing de serviços ou organizacional**, que promove serviços públicos que podem gerar algum tipo de renda revertida para os objetivos sociais da organização (FRENCH *et al.*, 2010). Como mostra a Figura 1, essas formas podem estar em parceria em prol do bem social.

Figura 1 - Diferentes formas de marketing na perspectiva social



Fonte: French *et al.* (2010, p.33).

Assumindo o marketing social como ideal para a análise do fenômeno do parto, faz-se necessário entender seus objetivos e aplicações. Segundo Hastings (2007), para que o objetivo principal do marketing social, que é a mudança do comportamento, seja alcançado, é primordial que haja um entendimento profundo sobre o porquê e quais as motivações de tal comportamento. Também enfatiza a lacuna que existe entre conhecimento e comportamento, visto que muitas vezes as campanhas de marketing social são realizadas sobre assuntos do senso comum como prevenção sexual, preservação da natureza, campanhas contra o fumo, entre outros temas que são constantemente abordados, mas que continuam sendo um problema na sociedade.

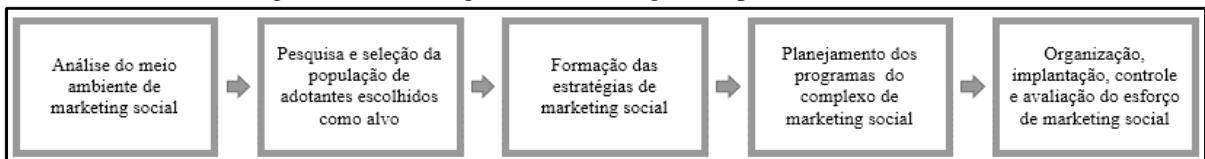
Conforme Kotler e Roberto (1992), as campanhas de mudança social podem ser aplicadas em várias questões como saúde, meio ambiente e educação. No caso da saúde pública, as campanhas visam justamente alcançar tais mudanças de comportamento, como exemplo as que promovem a moderação no consumo de bebidas alcoólicas, a realização dos exames de próstata e de mama, doação de órgãos, combate a obesidade, entre outras. Esse contexto inclui o marketing social servindo de base para essas campanhas, tendo em vista sua ampla área de atuação. Muitas vezes as campanhas que circulam na mídia não são embasadas em pesquisas. No estudo de Barboza (2012), que teve como objeto de estudo as campanhas de marketing social voltadas à doação de sangue, ficou evidenciado que as mesmas não exploram os fatores de influências identificados no estudo, e sim apenas o apelo pela solidariedade das pessoas para com a causa. Isso demonstra que muitas vezes essas campanhas são frágeis e não se mostram efetivas por não compreender os fatores que

gerariam uma mudança de comportamento. Para melhor entendimento do marketing social, apresentamos o seu processo geral de execução.

2.1.2 Processo geral de Marketing Social

As campanhas de marketing social servem para aumentar a conscientização das pessoas, e induzi-las a substituir certos comportamentos não saudáveis (dirigir embriagado, fazer sexo desprotegido etc.) por comportamentos saudáveis (WYMER, 2011). A primeira definição de estrutura se deu com Kotler e Roberto (1992) no primeiro livro sobre a temática, no qual são descritos cinco passos para a execução de uma campanha de marketing social. São eles: o mapeamento do ambiente, a análise do comportamento dos adotantes escolhidos como alvo, o planejamento das estratégias, a elaboração de programas, e a organização, implantação, controle e avaliação dos programas de marketing social. Essa estrutura pode ser vista na Figura 2.

Figura 2 - Processo geral de marketing social por Kotler e Roberto



Fonte: Adaptado de Kotler e Roberto (1992, p.40).

O processo geral definido por Kotler e Roberto (1992) tem início com a **análise do meio ambiente**, a fim de buscar entendê-lo, mapeando suas principais oportunidades e ameaças, e observando como a organização promotora deve se posicionar. Como exemplo para esse ponto, os autores colocam uma situação de campanha para promover o uso de preservativos. A análise permitiu observar o comportamento da população e a verificação dos recursos disponíveis e, com isso foi definido que a campanha promoveria apenas os métodos contraceptivos que não precisassem de intervenção clínica.

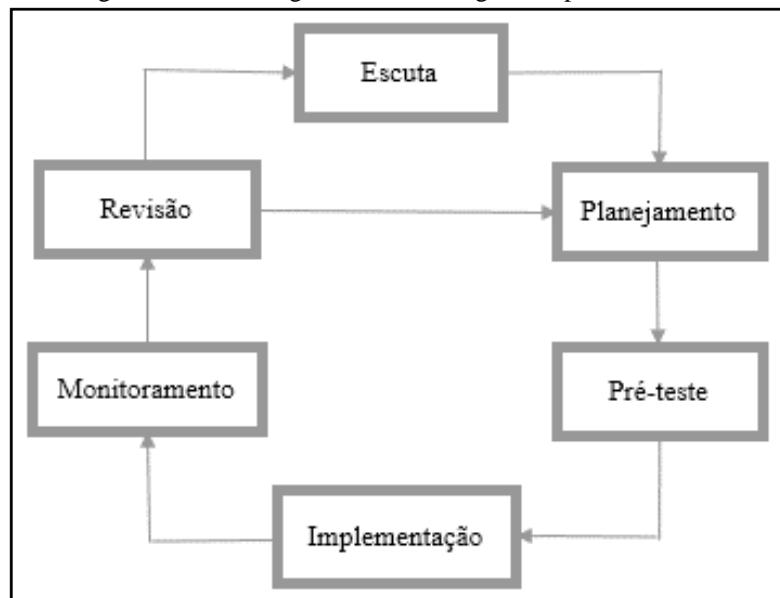
Em seguida, se faz necessário **pesquisar e selecionar a população de adotantes escolhidos como alvo**, para com isso realizar a segmentação e melhor posicionar a campanha de marketing social. Utilizando o exemplo dos preservativos, a análise dos métodos contraceptivos que os casais preferissem, junto à sua situação econômica, poderia refletir um segmento com alta probabilidade de adoção do comportamento proposto. Nesse ponto, também se analisa a concorrência que, no caso, se dá pela não adoção do comportamento.

Entender os motivos que levam o segmento alvo a assumir uma conduta diferente da proposta é valioso para um bom posicionamento.

Como terceira etapa, temos a **formação de estratégias de marketing social**, ou seja, a definição dos objetivos da campanha, a formulação do “Ps” de marketing social, que será explorada mais à frente, e a distribuição do orçamento de cada um. Quanto ao exemplo que estamos usando, podemos dizer que o objetivo da campanha é estimular o uso de preservativos, e que as decisões seriam relacionadas, por exemplo, ao material ou à distribuição dos preservativos.

Na quarta etapa, temos o **planejamento dos programas de marketing social**, que consiste no detalhamento das estratégias criadas no ponto anterior. Por fim, temos a **administração do marketing social**, que compreende a execução de todo o planejamento anterior, acrescido do controle contínuo verificando possíveis erros no processo, e a avaliação da campanha como um todo, de modo a identificar impacto, relevância, entre outros aspectos relacionados.

Figura 3 - Processo geral de marketing social por Andreasen



Fonte: Adaptado da Andreasen (2006, p.96).

Comparativamente Andreasen (2006) define de forma diferente, como podemos ver na Figura 3. Tendo como primeira etapa a escuta, na qual os pesquisadores devem buscar onde o público alvo se encontra, o que eles pensam a respeito da oferta da campanha, se eles acham que podem realizar o comportamento recomendado, quais os comportamentos que competem com o proposto e suas fraquezas. Em seguida elabora-se o planejamento, no qual os pesquisadores devem criar planos de ação com base nos conhecimentos adquiridos na etapa

anterior. Logo depois, temos a etapa do pré-teste, que busca testar a efetividade da campanha junto a uma amostra do público-alvo. Após os ajustes feitos com base no pré-teste, temos a etapa de implementação, ou seja, lançamento da campanha. Feito isso, o próximo passo é o monitoramento, que consiste em monitorar as mudanças do ambiente. Caso na etapa de monitoramento seja percebido alguma falha, que esteja impossibilitando que a mensagem final da campanha chegue ao público alvo, se faz necessária a etapa de nova exameinação e revisão das etapas anteriores. Este processo pode ser visto na Figura 3. Tendo definido seu processo geral, se faz necessário compreender o composto de marketing social e suas implicações.

Comparativamente, o mix de marketing social é composto pelos mesmos elementos que o marketing comercial, ou seja, produto, preço, praça e promoção, com as devidas adaptações. Temos o produto como o pacote de benefícios que o comportamento proposto oferece. O preço se dá pelo sacrifício que será feito para obtenção do comportamento, este pode ser monetário, psicológico, entre outros. A praça tem foco nos canais de distribuição, que criam a oportunidade de atingir o público específico definido pela campanha. A promoção visa comunicar e estimular o comportamento dito ideal, por meio de mensagens que promovam as ideias pregadas pelo comportamento (ANDREASEN, 2006).

Deste modo, podemos compreender como se configuram as ferramentas e especificidades do marketing social e com isso melhor visualizar como essa temática se relaciona com as questões de saúde pública, que será mostrado a seguir.

2.1.3 Marketing social e saúde pública

As campanhas de mudança social segundo Kotler e Roberto (1992), são mobilizações que buscam influenciar um determinado público alvo em prol de determinada ideia, atitude, prática e/ou comportamento. Sendo assim, podemos ver o marketing social como um grande aliado das campanhas e políticas de saúde pública, que visam alertar a população acerca dos problemas causados por certos comportamentos não saudáveis.

[...] as ações de marketing social oferecem aos indivíduos a possibilidade de escolha, porém os orientam acerca das consequências comportamentais de assumir uma atitude prejudicial à sociedade, na medida em que evidencia a magnitude dos benefícios que serão alcançados (BARBOZA, 2012, p. 32).

Com efeito, podemos visualizar a contribuição que tais campanhas de marketing social

podem trazer às questões de saúde pública, a partir da promoção de comportamentos considerados de melhor interesse para o bem estar das pessoas, particularmente, a opção pelo parto normal. Abordando a relevância dessa temática, trabalhos vêm sendo publicados, similares ao presente estudo, como o de Martins *et al.* (2014), que buscou encontrar na literatura de marketing social, implicações práticas que pudessem ser utilizadas nas campanhas de promoção do aleitamento materno em Portugal. Outros estudos, como o de Mandarino *et al.* (2009), buscaram compreender os desejos das gestantes quanto ao tipo de parto, quantificar a frequência das cesarianas e identificar suas indicações, a fim de entender os motivos da preferência por esse parto. Ademais, algumas pesquisas realizadas na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), também intencionaram relacionar as implicações de marketing social com problemáticas como: doação de sangue, consumo de bebida alcoólicas e obesidade infantil (BARBOZA, 2012; BASTOS, 2013; SILVA, 2015), que serão melhor evidenciadas adiante.

Aqui fica clara a colaboração do marketing social para compreensão dos fenômenos relacionados a pré-disposição ao parto normal. A análise da adoção desse comportamento pelas mulheres com base nos conceitos do marketing social pode auxiliar na promoção desse comportamento, trazendo mudanças positivas na saúde e no bem-estar de outras mulheres, como também uma maior compreensão da sociedade acerca do tema.

2.1.4 Trabalhos focados no tema

Como já citado no ponto 2.1.3, estudos que envolvem marketing social e questões de saúde pública estão sendo cada vez mais publicados, e em especial na UFPB essa temática aparece como bastante utilizada para a realização de pesquisas.

O estudo de Barboza (2012), por exemplo, teve como foco identificar os fatores que influenciam o comportamento dos indivíduos a doarem sangue. Utilizou-se uma abordagem quantitativa, na qual foram formuladas quinze hipóteses, que sugeriam a influência de certos fatores na predisposição de doar sangue ou não, dentre elas: a influência da informação, do altruísmo, do medo, da empatia, do grupo de referência, da indisponibilidade de tempo, entre outras variáveis que poderiam influenciar o comportamento dos possíveis doadores de sangue, tanto positivo quanto negativamente. As análises foram baseadas nos modelos: teórico, análise fatorial exploratória e análise do modelo ajustado. Os fatores mais influentes encontrados na pesquisa foram o medo e o grupo de referência, enquanto indisponibilidade de tempo e comportamento pró-social foram hipóteses rejeitadas.

Outro exemplo é o estudo de Bastos (2013), que tinha como objetivo identificar os condicionantes comportamentais que influenciam os jovens a consumirem bebidas alcoólicas. Nesse caso a pesquisa também foi quantitativa, e contou com oito hipóteses pré-determinadas, como: a referência social, a sociabilização, sensação de autoconfiança, entre outras. As variáveis poderiam influenciar positiva ou negativamente a adoção do consumo. As análises contaram com o modelo inicial, aperfeiçoado e final. As maiores influências encontradas na pesquisa foram a referência social, sociabilidade e satisfação pessoal, em contrapartida à estigmatização, ou seja, os jovens não minimizavam o consumo de bebidas por se sentirem estigmatizados.

2.2 Saúde pública: questões relacionadas à maternidade

Aqui entenderemos como se estrutura a saúde pública em âmbito nacional, tendo como foco principal a mulher. Veremos também as discrepâncias relacionadas ao parto e os principais problemas que isso pode acarretar.

2.2.1 Saúde pública e da mulher

Ter acesso à saúde é um direito da população, previsto na lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que diz, em seu art. 2, que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. (BRASIL, 1990b). Tendo claro que é papel do Estado prover condições à saúde pública do país, é necessário compreender seu propósito. Segundo Charles-Edward Winslow (1920), a saúde pública foi apresentada pelo americano como

[...] a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo de doenças e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (WINSLOW, 1920 *apud* CERESNIA; FREITAS, 2009, p.21).

No Brasil, as primeiras tentativas de ações voltadas à saúde pública ocorreram por volta de 1808, porém o Ministério da Saúde só iria ser instituído em 1953 e o Sistema Único de Saúde - SUS, que tem como objetivo universalizar a saúde, em 1988 (BRASIL, 2011f; BRASIL, 2015h). Juntamente com o desenvolvimento dos serviços da saúde pública no

Brasil, crescia também o foco na saúde da mulher, que em seu início, nas primeiras décadas do século XX, voltava-se apenas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2004d).

Em paralelo ao processo de construção do SUS, era implementado também o Programa “Assistência Integral à Saúde da Mulher” – PAISM, que passou a assistir as diversas etapas da vida mulher e não só mais a relação materno-infantil (BRASIL, 2004d). Com isso, ocorria também a mudança na percepção acerca do parto, que passou a ser um processo mecânico, agora protagonizado por médicos e enfermeiros, e não mais apenas pela parturiente. Segundo o Ministério da Saúde (2001), isso se dá devido à intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas.

Não existem dúvidas que para que se tenha uma gestação e parto saudáveis, se faz necessário um bom acompanhamento médico durante a gravidez e o nascimento (LEITE *et al.*, 2014). É bastante claro também que o objetivo final deste acompanhamento, é que a mãe e o bebê estejam saudáveis livres de qualquer trauma, em especial, dos relacionados ao processo de nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Uma das preocupações relacionadas ao parto no Brasil é, sem dúvidas, o número alarmante de cesarianas realizadas no país. Os números variam de região para região, mas ainda assim, o país lidera o *ranking* mundial quanto à realização de cesáreas. De acordo com os dados de 2015 da OMS (2016, p. 1), “[...] taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal”, que é a função do parto cesáreo. Desse modo, notamos que a situação do Brasil é extremamente preocupante, visto que 84,6% dos partos são cesáreos na rede particular, segundo dados da ANS (BRASIL, 2015c), e 56% na rede pública (OMS, 2016).

Especificamente em se tratando das regiões, o Sul lidera o número de realização de cesáreas com 60,11% dos partos. A região Nordeste se encontra no penúltimo lugar, registrando 46,28%. A Paraíba ocupa o segundo lugar do Nordeste, com índice de 53,21%, ou 31.137 mil partos cesáreos, resultado que cresceu ao longo do tempo: 42,54% em 2006; 45,33% em 2007; 46,70% em 2008; 48,99% em 2009; e 51,92% em 2010 (BRASIL, 2012i).

Diante desses dados, podemos perceber a necessidade da elaboração de ações sociais voltadas à promoção da realização do parto normal, adotando-o como procedimento ideal em casos naturais. Consequentemente, a aplicabilidade das ferramentas de marketing social como suporte, pode favorecer uma mudança comportamental no que diz respeito a escolha das mulheres grávidas. Portanto, é preciso compreender suas necessidades, anseios e aflições durante essa fase.

2.2.2 Maternidade e parto

A maternidade é um momento de extrema importância na vida de uma mulher e de seus familiares. Uma experiência singular e especial, pessoal, mas que se estende a todos os envolvidos. De acordo com Leite *et al.* (2014, p. 122), “[...] é um período de constantes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher”. Uma ambivalência de sentimentos, que se inicia na descoberta da gravidez e varia de acordo com o cenário em que a mãe está inserida, que pode se diferenciar com relação ao apoio do parceiro, da família, dos profissionais de saúde, entre outros (LEITE *et al.*, 2014).

O parto é o estágio final da gravidez, ou seja, o nascimento do ser que vinha sendo gerado durante meses. Este pode se dar via vaginal, no parto dito normal, ou por retirada abdominal, denominado cesariana. Em condições normais o parto deve acontecer entre 37 e 42 semanas, que é o período em que o bebê é considerado “a termo”, ou seja, pronto para nascer. Um parto denominado espontâneo é quando não se tem maiores interferências; o induzido se dá quando o médico precisa estimular o trabalho de parto; e o dirigido, quando o obstetra conduz o partoativamente, porém não intervém no início. Além dos tipos de parto, podem ser definidas suas variações, como pode ser visto no Quadro 1 (GINECO, 2016; BRASIL, 2011g).

Quadro 1 – Tipos de parto

Tipo	Variações	Definições
Normal	Com fórceps ou vácuo extrator	Instrumentos que auxiliam a saída da criança.
	Humanizado	Ocorre de acordo com a vontade da mulher, pode ser domiciliar, com o auxílio de parteira ou doula (pessoa sem experiência técnica na área da saúde, que acompanha a gestante durante o parto e nos cuidados iniciais com bebê, entre outros papéis), ou hospitalar. Pode acontecer na água ou em posições diferenciadas, como de cócoras.
	Medicalizado	Com anestesia, episiotomia (corte vaginal para facilitar a passagem do bebê) ou aplicação de hormônios para induzir contrações.
Cesárea	Eletiva	Cirurgia pré-agendada.
	Com início de trabalho de parto	Ocorre quando a mãe opta por entrar em trabalho de parto, porém já convicta de que realizará a cirurgia.
	De urgência	Cirurgia realizada devido às complicações em outros tipos de parto que ponham em risco a mãe e o bebê.

Fonte: Adaptado de Gineco (2016) e Portal Brasil (2011g).

Como foi visto no ponto anterior, nas últimas décadas, com os avanços na saúde tem acontecido um aumento no número de partos realizados por meio de procedimentos cirúrgicos. É incontestável a importância da cesariana como uma tecnologia especializada, em gestações que necessitem de interrupção, visando preservar a saúde da mãe e do bebê.

Entretanto, existe uma falsa associação entre o aumento da taxa de cesáreas e a diminuição da mortalidade perinatal, criando um ideal errôneo entre a população de que este método, independentemente do caso, é o único que vai assegurar um parto plenamente saudável. É fato que traumatismos fetais também ocorrem em cesarianas, especialmente em casos de prematuridade. A morbidade materna também se faz presente quando realizado esse método. Complicações como infecção e hemorragia, tromboembolismo, infecção urinária, acretismo placentário³, placenta prévia⁴, endometriose, entre outros, são riscos constantemente associados a esse procedimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; BRASIL, 2015e).

Muitas discussões rodeiam essa escolha da mulher e os motivos que influenciam essa definição estão se tornando objeto de estudo para muitos pesquisadores (DIAS *et al.*, 2008; MANDARINO *et al.*, 2009; WEIDLE *et al.*, 2014). Questões como o medo da dor, indução dos médicos, alto risco do parto normal, nível de instrução, entre outros, estão sendo constantemente analisados para que haja um maior entendimento relacionado a essa preferência.

No estudo de Dias *et al.* (2008), por exemplo, foi observada uma elevada proporção de gestantes que citaram o medo da dor no parto natural, como principal fator condicionante para a escolha de um parto abdominal, outro receio citado foi o parto normal alterar a vida sexual da mulher. Nesse estudo foi observado também, a baixa informação que as mulheres tinham em relação às vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto. Já no estudo de Mandarino *et al.* (2009), ficou evidenciado que existe uma tendência maior de cesarianas entre as gestantes mais escolarizadas, como também entre as de maior nível econômico, e o principal motivo justificado pela preferência por um parto cesariano foi o medo da dor, enquanto que o apontado para a preferência de um parto vaginal era o fato de a recuperação ser mais rápida. Na pesquisa de Weidle *et al.* (2014) é evidenciada a importância do primeiro tipo de parto, pois em geral as mulheres costumam repetir a via do primeiro parto, a falta de informação sobre os tipos de parto e suas implicações também emergiu aqui, bem como a questão das influências recebidas pelas mulheres nesse período que interferem na sua escolha.

Ao consolidarmos esses pontos, podemos considerar o referencial teórico finalizado. Em seguida serão apresentados os procedimentos metodológicos para a realização do presente estudo.

³ Acretismo placentário: placenta fixar no útero

⁴ Placenta prévia: cobertura da abertura do útero pela placenta.

3 METODOLOGIA

Este capítulo abordará o método de pesquisa, escolha da amostra e os procedimentos para coleta e análise dos dados que serão utilizados nesse estudo.

3.1 Método da pesquisa

Segundo Prodanov e Freitas (2013), quanto à abordagem do problema, as pesquisas podem ser quantitativas ou qualitativas. Existem várias diferenças e comparações entre as abordagens, as quais o pesquisador precisa ter em mente além de entender o tipo de pesquisa e seus interesses para que a escolha da abordagem se encaixe no estudo. As principais comparações feitas entre as abordagens podem ser vistas na figura a seguir.

Quadro 2 - Comparação entre as abordagens de pesquisa

Ponto de comparação	Pesquisa Qualitativa	Pesquisa Quantitativa
Foco da pesquisa	Qualidade (natureza e essência)	Quantidade (quantos, quanto)
Raízes filosóficas	Fenomenologia, interação simbólica	Positivismo, empiricismo, lógico
Frases Associadas	Trabalho de campo, etnografia, naturalismo, subjetivismo	Experimental, empírico, estatístico
Metas de Investigação	Entendimento, descrição, descoberta, generalização, hipótese	Predição, controle, descrição, confirmação, teste de hipótese
Ambiente	Natural, familiar	Artificial, não-natural
Amostra	Pequena, não-representativa	Grande, ampla
Coleta de dados	Pesquisador como principal instrumento (entrevista, observação)	Instrumentos manipulados (escala, teste, questionário, etc.)
Modo de análise	Indutivo (pelo pesquisador)	Dedutivo (pelo método estatístico)

Fonte: Adaptado de Prodanov e Freitas (2013, p.71).

Considerando essas diferenças, optamos pela abordagem qualitativa, que “[...] se ocupa [...] com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 1993, p. 21). Visto que o presente estudo buscou entender os fatores que influenciam essa predisposição na vida das mulheres, aspectos que necessitam de um olhar mais aprofundado devido ao seu grau de subjetividade, isto não seria observado por um questionário manipulado quantitativamente.

De acordo com os objetivos, o estudo se classificou como uma pesquisa exploratória e

descritiva. Quanto aos procedimentos técnicos, foi uma pesquisa de campo, e levando em consideração as técnicas de coleta, análise e interpretação dos dados, a abordagem foi qualitativa.

3.2 Procedimentos metodológicos: sujeitos da pesquisa e coleta de dados

A abordagem qualitativa é destituída de qualquer rigor estatístico. Optamos por analisar o início, o meio e o final do processo de gestação, para que conseguíssemos observar possíveis mudanças nas motivações, com relação ao parto, das mulheres de acordo com o período da gravidez/pós-parto em que se encontram. A segmentação das entrevistadas, que será descrita mais à frente, não foi fielmente seguida devido a conveniência, porém foi possível entrevistar gestantes em variados estágios da gravidez. Inicialmente pensamos em excluir das respondentes, mulheres que não têm/tiveram o poder de escolha com relação a forma de parto, pois aqui buscamos entender justamente os fatores que condicionam a opção. Porém, dado a realidade que conhecemos após as entrevistas, percebemos que essa questão do poder de escolha é algo que pode mudar inesperadamente e não necessariamente estaria ligado à opção das mulheres (veremos alguns exemplos desse tipo nas entrevistas referentes à pós-partos).

Levando isso em consideração, foram entrevistadas 16 mulheres, sendo 12 gestantes e 4 pós-parto. Inicialmente havíamos segmentado as respondentes em: 6 gestantes com propensão ao parto normal, sendo 3 no início da gravidez e as outras 3 no final; e, 6 com propensão à cesariana, sendo 3 no início e 3 no final da gravidez. Com relação aos pós-parto, a intenção era analisar mulheres com até 1 ano do parto, sendo 2 que tiveram o parto natural e 2 o parto abdominal. Entretanto, o perfil das entrevistadas divergiu um pouco dessas segmentações previamente definidas. O perfil das gestantes está representado no quadro 5 e os pós-partos no quadro 6 a seguir:

Quadro 3 - Perfil das entrevistadas (Gestantes)

Entrevistada	E1	E2	E3
Escolaridade	Superior Completo	Superior Completo	Ensino Médio Completo
Ocupação	Arquiteta	Dona de casa	Empreendedora
Estado Civil	Casada	Casada	Casada
Gestações prévias	Não	Sim	Não
Tipo de parto anterior	-	3 perdas	-
Opção de parto	Cesárea	Normal	Cesárea
Semanas	29 semanas	38 semanas	15 semanas
Visitas ao pré-natal	Mensalmente	11 visitas	3 visitas

Idade	28 anos	28 anos	21 anos
Entrevistada	E5	E7	E8
Escolaridade	Técnico Completo	Superior Incompleto	Superior Completo
Ocupação	Técnica de Enfermagem	Designer de Interiores	Professora Universitária
Estado Civil	Casada	Casada	Casada
Gestações prévias	Não	Não	Não
Tipo de parto anterior	-	-	-
Opção de parto	Normal	Normal	Normal
Semanas	8 semanas	28 semanas	23 semanas
Visitas ao pré-natal	2 visitas	7 visitas	9 visitas
Idade	25 anos	30 anos	30 anos
Entrevistada	E9	E11	E12
Escolaridade	Especialização	Superior Completo	Superior Incompleto
Ocupação	Terapeuta ocupacional	Dona de casa	Estudante
Estado Civil	União Estável	Casada	Casada
Gestações prévias	Sim	Sim	Não
Tipo de parto anterior	1 perda e 2 Normais	3 perdas	-
Opção de parto	Normal	Dúvida	Dúvida
Semanas	36 semanas	21 semanas	20 semanas
Visitas ao pré-natal	>8 visitas	4 visitas	6 visitas
Idade	36 anos	34 anos	24 anos
Entrevistada	E13	E15	E16
Escolaridade	Superior Completo	Pós-graduação	Superior Incompleto
Ocupação	Musicista	Fisioterapeuta	Repcionista
Estado Civil	Casada	Casada	Casada
Gestações prévias	Não	Não	Não
Tipo de parto anterior	-	-	-
Opção de parto	Normal	Normal	Cesárea
Semanas	16 semanas	27 semanas	33 semanas
Visitas ao pré-natal	7 visitas	5 visitas	5 visitas
Idade	31 anos	31 anos	24 anos

Fonte: Elaboração própria (2017).

Quadro 4 - Perfil das entrevistadas (Pós-partos)

Entrevistada	E10	E4	E6	E14
Escolaridade	Superior Completo	Superior Completo	Especialização	Superior Completo
Ocupação	Musicista	Advogada	Agente de compras	Dona de casa
Estado Civil	Casada	Casada	Casada	Casada
Gestações prévias	Sim	Não	Não	Sim
Tipo de parto anterior	1 perda e 1 Normal	Cesárea	Cesárea	Cesárea
Idade da criança	5 meses	9 meses	2 meses	3 meses
Visitas ao pré-natal	10 visitas	Mensalmente	Mensalmente	10 visitas
Idade	29 anos	35 anos	37 anos	28 anos

Fonte: Elaboração própria (2017).

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas individuais a partir de roteiro

semiestruturado. Havíamos planejado a elaboração de dois roteiros, um para abordar as gestantes e outro para os casos de pós-parto, pois entendíamos como momentos de fato diferentes e com suas particularidades. Porém, após a validação do roteiro com uma das entrevistadas, e orientações de seu esposo, professor e doutorando em Administração pela Universidade Federal da Paraíba, percebemos que era suficiente a mudança no tempo verbal das perguntas, por isso utilizamos um só roteiro. Todos as convidadas aceitaram contribuir com o estudo e permitiram que a entrevista fosse gravada. Foram três (E2, E5 e E6) entrevistas presenciais e as demais por telefone, devido à preferência e disponibilidade das mães. A duração das entrevistas foi em média de quatorze minutos e todas foram transcritas na íntegra.

3.3 Procedimentos de análise dos dados

Tendo em vista a escolha do procedimento de análise, tomamos por referência a visão de Chizzoti (2006), para quem,

A descodificação de um documento pode utilizar-se de diferentes procedimentos para alcançar o significado profundo das comunicações nele cifradas. A escolha do procedimento mais adequado depende do material a ser analisado, dos objetivos da pesquisa e da posição ideológica e social do analisador. (CHIZZOTTI, 2006, p. 98).

A análise dos dados deste estudo se deu por análise de conteúdo, com o objetivo de “[...] compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 2006, p. 98). As entrevistas foram transcritas, e, na pré-análise tivemos a leitura flutuante, que é o primeiro contato do pesquisador com os dados. Na exploração do material, tivemos a codificação, classificação e categorização dos dados para análise. Ao final, tivemos o tratamento dos resultados, inferências e interpretações, que culminaram em uma análise reflexiva e crítica dos materiais coletados. Com isso, tivemos acesso também a significados e interpretações das falas das entrevistadas e não somente às frequências de aparições de determinados termos, o que nos permitirá um maior aprofundamento na subjetividade do tema (BARDIN, 2007).

4 ANÁLISE DOS DADOS

Como citado anteriormente, a análise dos dados contou com uma leitura flutuante das transcrições das entrevistas, que evidenciou os principais pontos e fatores de influência na predisposição das mulheres com relação ao parto. Depois, foram criadas categorias para serem analisadas à luz dos objetivos da pesquisa e da revisão da literatura baseada no marketing social. Com isso, foi possível realizar comparações entre os discursos das entrevistadas e as decisões do composto de marketing social, facilitando as conclusões sempre que surgiam conexões entre as falas.

4.1 Resultado das entrevistas

O roteiro foi composto por 6 (seis) perguntas, e, por ser semiestruturado, trouxe flexibilidade para as entrevistas. Com isso outras perguntas não previamente descritas surgiram e serão evidenciadas na análise. Na exposição abaixo, fazemos então uma exposição pela questão inicial e acrescentamos as que surgiram ao longo das entrevistas.

- **Questão 1: “Quais são os tipos de parto que você conhece? E quais os benefícios e malefícios que você acha que eles podem gerar para a mãe e o bebê? ”**

Com relação à primeira questão, todas as entrevistadas citaram o parto normal e o cesáreo como os principais tipos de parto, a diferenciação nas respostas se deu em relação às variações desses tipos de parto.

E7: “Bem, é... os partos que eu conheço é... o..., oficiais assim é o parto normal e o parto cesariana, né? É... o que eu acredito que acontece é que existem variações disso aí, né? Porque existem cesarianas que são pré agendadas, existem cesarianas que acontecem por uma limitação, por alguma complicação no parto... né? Existem cesarianas que a... a paciente entra em trabalho de parto, tem cesarianas que... né... é agendado e tudo mais. A mesma coisa é com o parto normal, né? Existem partos normais que são feitos de forma... natural, tem parto normal que é induzido, enfim, mas eu acho que basicamente é isso.”

E9: “O parto é... existe o parto natural, né? Que seria o parto sem nenhuma interferência de medicação, o... é... por parte da equipe médica, né? Com a mulher... E existe o parto normal medicalizado, e com algumas interferências. E existe a cesariana, que é bem... que é uma ação bem médica, né? E o parto domiciliar, que normalmente é feito por parteira ou uma enfermeira...”.

E12: “Eu conheço o normal, o cesáreo e o humanizado”.

Ao falar do normal, foram citados como variações os **instrumentos** que podem ser utilizados no momento do parto (E9, E13), as **posições específicas** (E15), o **normal com**

episiotomia (E8), o normal induzido (E7), o normal medicalizado (E9) e o parto na água (E15, E13).

E8: “[...] parto normal é aquele parto que se faz no hospital, isso é no meu ponto de vista leigo, que... que por sua vez pode ser feito aquele corte [...]”.

E9: “Dentro das possibilidades do parto normal, existem também algumas coisas que podem acontecer, que é o uso do fórceps, né? [...] existe o parto normal medicalizado, e com algumas interferências.”

E13: “É... eu conheço o parto, que eu não sei o nome... daquele que vo... que eles arrastam o nem com o fórceps, né? [...] ou também dentro d'água na sua residência...”.

E15: “Que você fica deitada... tem o parto na banheira, tem o parto de cócoras...”.

Outro fato que chamou atenção foi a citação do **parto humanizado** como sendo um terceiro tipo de categoria, muitas **vezes não integrada ao parto normal (E2, E8, E10, E13)**.

E2: “Mas tem o parto natural humanizado, né? Que chamam, que é feito em casa... [...]”

E8: “Existe o parto humanizado e o humanizado pode ser tanto no hospital, num... numa sala quanto domiciliar, né? [...] No parto humanizado não, a mãe vai entrar em trabalho de parto e vai ter aquele parto assistido. Mas ele também pode ser numa sala, num bloco cirúrgico, numa sala de cirurgia [...] E o parto domiciliar é aquele parto que é humanizado e ainda por cima é no domicílio, num lugar, né? Num local mais, que existe um grau de afetividade, com as pessoas da família por perto”.

E10: “Conheço o tipo de parto normal, humanizado e cesariana”.

E13: “E o humanizado, que, assim, sendo em casa, né?”.

Apenas a E9 citou o parto domiciliar com **parteira**, e somente a E8 citou a **doula** como parte do parto humanizado nessa pergunta inicial.

E8: “O humanizado no hospital também pode ter a presença da família, quem a... a... a mãe, né? Se achar à vontade. Tem a ajuda de doula, ou não, pelo que eu entendo é isso”.

E9: “E o parto domiciliar, que normalmente é feito por parteira ou uma enfermeira...”.

Falando da cesariana, foram citadas as cesarianas pré-agendadas e as que as mães entram em trabalho de parto (E7, E8).

E7: “Existem cesarianas que a... a paciente entra em trabalho de parto, tem cesarianas que... né... é agendado e tudo mais”.

E8: “Só que aí existem os tipos, existe aquela cesárea marcada, e existe aquele que a mãe entra em trabalho de parto realmente que... que o bebê se prepara, mas não consegue”.

Com base nesses discursos fica evidente a quantidade de opções que as mulheres

podem ter quanto ao tipo de parto. Antes tínhamos um cenário no qual existia apenas o parto natural ou abdominal, ambos no hospital, enquanto atualmente esse cenário se amplia para partos domiciliares e em posições diferenciadas, que visam o conforto da mulher nesse momento. A questão das parteiras e doulas também entram como novos participantes nesse cenário, e aumentam ainda mais o leque de opções que as mulheres têm relativo ao momento do parto.

Nessa questão relacionada aos benefícios e malefícios, a maioria das mães se colocava como pessoas muito bem informadas a respeito do que ocorria no parto, em especial às questões relacionadas ao bebê, e principalmente as que declararam inclinação para um parto normal. Sabiam termos técnicos, as substâncias que eram transmitidas para o bebê, entre outras coisas que mostravam o quanto elas tinham conhecimento sobre o que estavam falando. Possivelmente isso ocorreu devido ao fato de a maioria das entrevistadas possuir um alto grau de escolaridade.

Falando sobre o parto normal, foram citados como os principais benefícios para a mulher, **a recuperação no pós-parto**, por sua rapidez e tranquilidade (E1, E2, E4, E5, E10, E11, E14, E16), **a questão estética** (E4), a possibilidade de **cuidar do bebê nos primeiros dias** (E5, E10), o fato de **não ter que lidar com a cicatriz** da cirurgia (E10), o **psicológico da mãe** (E7) e o fato **não utilizar a anestesia** (E2, E12).

E2: “E pra mãe principalmente porque não vai levar o corte, não vai tomar aquela anestesia geral [...]”

E4: “E também a... não vou negar que a... a questão estética me influenciou bastante, né? A recuperação de um parto normal ela é muito mais rápida e muito mais simples do que de uma cirurgia. Mas é muito melhor. No momento em que você... tem o parto normal, o bebê já entra em contato com... com as substâncias da sua vagina, aquilo... aquilo cria anticorpos... é por isso que muitas crianças hoje nascem alérgicas, né?”.

E7: “E... outra questão importante também, a questão do contato da mãe, do bebê com a mãe logo após o parto, né? É... eu vi... já vi estudos que inclusive dizem que é... ajuda muito o... na questão do pós, da depressão pós-parto com relação a mãe, né?”

E10: “[...] no outro dia você já está andando normal, pode pegar no seu bebe, após 15 dias pode voltar aos exercícios físicos... [...] não tem que lidar com cicatriz e, como é? Com a cirurgia...”.

E12: “É... e não tem... questão de anestesia, de infecção, essas coisas”.

Já para o bebê, os benefícios elencados foram as **questões respiratórias** (E2), a **pressão que é dada nos pulmões que expelle o líquido amniótico** (E7), **os anticorpos** (E4) **os hormônios**, como a ocitocina (E7), **o ritmo da criança** (E9, E14, E16), **a moldagem do corpo do bebê** (E15), **diminuição de alergias** (E4).

E2: “[...] pra... pra... a saúde do bebê, questão até respiratória e tal, do pulmão, já vi até algumas reportagens dizendo que é mais saudável pra criança, como pra mãe.”

E4: “No momento em que você... tem o parto normal, o bebê já entra em contato com... com as substâncias da sua vagina, aquilo... aquilo cria anticorpos... é por isso que muitas crianças hoje nascem alérgicas, né?”.

E7: “[...] logo quando ela nasce, o que é bom pra criança, no parto normal também, é a questão do... da... na hora que ela... ela faz a passagem a pressão que dá nos pulmões né? De forma que sai o líquido amniótico, melhor é... foi coisa... foram tudo coisas que eu pude pesquisar e... e... ficar sabendo né?”

E9: “E, às vezes, a criança também não tá pronta pra nascer, porque o momento do parto é... quem decide é a criança, ela quem tá pronta e inicia, né? O trabalho de parto...”

E14: “É...O parto normal, eu acho que é bom porque é no período que o bebê... que o bebê escolhe, né? Digamos... escolhe assim, entre aspas... Que é o tempo que o bebê tá pronto pra nascer. É... porque ele que... quem dá o gatilho né?”

E15: “O parto normal é tanto melhor pra mãe quanto pro bebê, tanto na passagem, ali da posição, é... pro crâneozinho do bebê, é melhor no... no parto normal, que o crânio vai se moldando, né?”.

E16: “Benefício é a recuperação, que é excelente. É... a criança, já tá dizendo, a criança sai de forma natural, é... deixa que tanto o corpo a coloque pra fora, ela mesma faça o esforço dela...”.

Com relação aos malefícios, muitas declararam não ver malefícios no parto normal, só em casos especiais que realmente esse tipo de parto não pudesse ser feito. Dificuldades como a placenta prévia e outras doenças desenvolvidas na gravidez ou anteriores, como **pré-eclâmpsia, diabetes gestacional** (E8, E9), foram citadas como empecilhos para a realização de um parto normal. A **episiotomia** também foi citada como malefício (E3, E10), assim como **acidentes em geral** (E16). A dor desse tipo de parto não foi mencionada nenhuma vez como malefício, apesar de ter sido citada como benefício do parto cesariano e mais à frente foi citada como um medo de algumas.

E3: “Teve que fazer aquele corte. Na vagina. Aí disse também que ficou doendo bastante depois”.

E8: “Só se a gravidez for de risco, se a gravidez tiver com placenta prévia como eu tô, eu acho. Estou suspeitando [...] É... só... só se houver algum problema de pré-eclâmpsia, né?”.

E9: “Aí, assim... não sei se tem um malefício do parto normal, a não ser que é... seja forçado, ou uma situação que na verdade deveria acontecer alguma intervenção, né?”.

E10: “Só é ruim quando você faz aquele corte, né? Que chama episiotomia, né? Que eu precisei fazer três pontinhos. Aí é ruim porque assim, você... é como se você tivesse feito uma pequena cirurgia, que pra você sentar é meio ruim, assim, sabe?”.

E16: “Como também é ruim que acontece acidentes, de cordão umbilical enrolar, a mãe não tem passagem, o sofrimento que a mãe passa pra ter... ter o filho normal, né? E muitas vezes não consegue, aí passa pro cesáreo, eu acho que é um sofrimento muito maior”.

Muitas afirmaram não ter coragem de realizar o parto domiciliar, por questões como **falta de apoio médico e higiene** (E2, E10, E12, E13), o que pode refletir a segurança que os

aparatos médicos trazem a essas mulheres, que podem representar uma certa dependência criada com os processos hospitalares, os quais aparentam ser mais seguros para essa situação do que a própria casa da gestante.

E2: “Que chamam, que é feito em casa... que... eu não tenho coragem de fazer, porque eu acho arriscado, assim. Eu não tenho segurança de chegar na pessoa e não ter uma equipe... médica, caso acontecesse alguma coisa pra mim e pro meu filho, né?”

E10: “Com relação ao parto humanizado, eu não sou a favor você fazer assim, em casa, sem assistência, né? Médica, assim de hospital, essas coisas, porque muitas vezes eles passam mais de vinte e quatro horas, e, né? Aquela agonia, aquela coisa”.

E12: “É... o humanizado... eu acho... é porque esse eu não sei muito. Mas eu sei que é em casa, seria pra o bebê ter mais... com a questão... de um sentimento diferente no ambiente, nascer na água, ah... não sei... eu não faria assim não (risos). Porque eu fico pensando que não tem... tem um cuidado hospitalar”.

E13: “Mas, assim, o meu eu quero que esteja... natural, que seja humanizado, porque a minha amiga (nome da amiga), ela tá fazendo um curso de doula pra poder me acompanhar. Isso pra... assim, pra ser no hospital, mesmo, porque eu tenho cachorro em casa... não sei se eu tenho essa estrutura na minha casa pra fazer em casa, sabe? Não me sinto, assim, muito confortável... Eu acho o hospital... é mais... higiênico, sabe?”.

Falando do parto cesáreo, muitas não citaram nenhum benefício para esse tipo de parto. As que citaram, apontaram como principais benefícios a questão de ter a **possibilidade de se programar** (E16), **não sentir dor na hora do parto** (E5, E10), não oferecer riscos a criança e a mãe, caso a gravidez seja de risco (E8).

E5: “Eu acho que o ponto positivo é na... na hora do parto não sentir tanta dor, quanto o parto normal, né? Porque durante o parto normal você sente bastante dor, né? As contrações, tal... e a cesárea não”.

E8: “Benefício é realmente não oferecer risco à criança nem pro... nem oferecer risco à mãe quando a gravidez é de risco, né?”.

E10: “[...] o único benefício que vejo é de não sentir dor alguma na hora de parir.”

E16: “Você vai, como se diz... é... você marca sua cirurgia, é aquela coisa mais tranquila, você... é tudo mais tranquilo”.

Como principais malefícios foram citados, a **retirada do bebê antes da sua maturidade** (E3, E7, E9, E12, E14, E15), a **recuperação demorada** (E5, E8, E10, E11, E12, E14), **as dores no pós parto** (E5, E16), **os riscos inerentes de qualquer cirurgia** (E6, E8, E9, E12, E14, E16), **desenvolvimento do bebê** (E8), **dificuldades no vínculo mãe/criança** (E9).

E7: “Porque quando... quando no caso, por exemplo de uma cesariana agendada é... por mais que o bebê já tenha passado das 38 semanas e... tudo mais, é... o que acontece é que muitas vezes o bebê não tá pronto, né? E assim... questão de... de hormonal, né? Da oxitocina e tudo mais, então simplesmente você chegar e... cortar e arrancar a criança, tirar a criança de... f... sem esperar um trabalho de parto [...]”

E8: “[...] o malefício é o risco de infecção, a recuperação que é demorada, o período de produção de... de leite, de amamentação fica mais... Como é que eu posso dizer? Mais prejudicada, né? Porque a mãe só vai produzir leite depois do sétimo dia de gestação, de... após o parto [...] Eu não sei se existe estudos, eu não vi. Mas eu acho que desenvolvimento do bebê também... é... não vai ser o mesmo porque existe o choque, ele tava lá direitinho no lugarzinho dele, e aí... de repente, ele é arrancado...”

E9: “Porque às vezes antecipa a hora do parto, que não tem necessidade, e existe maiores chances de infecção hospitalar, de... é... ter dificuldades depois, pra ter um vínculo mãe/criança. [...] Às vezes fica com bastante gases... [...] E, às vezes, a criança também não tá pronta pra nascer, porque o momento do parto é... quem decide é a criança, ela quem tá pronta e inicia, né?”

E12: “O cesáreo é cirurgia, né? Cirúrgico... aí eu acho que é mais complicada a recuperação, a... você realmente passar por procedimento de uma cirurgia, né? Tem a questão que pode ter infecção, o bebê também pode sair antes da hora, assim tem que marcar, enfim”.

E14: “Acho que o pior é a recuperação que é ruim, que você tem que dar assistência ao bebê, mas você não tá bem... não tá em condições de saúde, você tá parecendo uma doente, né? Tá em condições de doente na verdade”.

Aqui notamos que na definição dos tipos de parto as mulheres eram bastante informadas, compreendem e deixam claro os malefícios que o parto abdominal acarreta. Porém, as atitudes não correspondiam aos discursos e isso possivelmente estaria ligado às complicações de emergência no momento do parto, o que foge ao poder de decisão das gestantes, por ser um momento de extrema vulnerabilidade que passam.

- **Questão 2: Qual é/foi a sua escolha e o que faria você mudar de ideia?**

Entre as gestantes que optaram pela cesariana, que foram 3, apenas **uma demonstrou interesse em sentir os primeiros sinais do trabalho de parto** (E1), **as outras duas pretendem fazer a cesariana eletiva** (E3, E16). Os motivos relacionados as suas escolhas são: **trauma de uma complicaçāo em seu próprio parto** (E1), **experiências anteriores na família**, nas quais ninguém conseguiu ter o parto normal, apesar de terem tentado (E3), **medo de não conseguir suportar o sofrimento** (E3, E16), **influência da médica** (E16), medo de sofrer esperando um parto normal e depois **serem encaminhadas para uma cesariana e sofrerem em dobro** (E3, E16).

E1: “Mas, é... eu vou optar pelo cesáreo. Porque... é... minha mãe não teve uma boa experiência com parto normal. Quando eu nasci, é... o médico forçou... é... que ela tivesse normal e... eu, tipo, passei da hora de nascer. Então, assim, eu nasci roxa, minha mãe... quase que... resumindo, assim, quase que morria eu e ela, entendeu? Então foi feita uma cesárea de urgência...”

E3: “É, por enquanto é a cesárea. [...] A vida do meu filho. Eu acho que é a única... o que mais... é que eu morro de medo, mulher, do parto normal. Porque eu sou muito mole pra sentir dor. [...] Creio que sim, né? Também. Que no caso, a... é... a mãe não conseguir mesmo... o... o meu medo maior é eu sofrer e não conseguir ter, entendeu?”

Demorar, passar do tempo. O meu medo maior é esse. Aí eu fico pensando: 'Meu Deus, eu...'. Porque na minha família, eu... minha irmã, a minha mãe, tudinho já fize... teve cesárea porque não conseguiram ter normal. Eu tenho um histórico bem grande, aí eu fico pensando: 'Meu Deus, eu vou sofrer!' O parto... ter o parto normal... se... forçarem um parto normal e eu não conseguir ter... eu sou mais optar logo pela cesárea".

E16: "Eu queria parto normal no início, queria muito. Minha médica, ela meio que me induziu a fazer parto cesáreo, porque é algo marcado, é algo que ela pode marcar viagem, pode sair, pode fazer o que ela quiser, porque já tem algo marcado. É, e... ao mesmo tempo a gente... eu desisti também do parto normal, porque meu limiar de dor é demais, então eu não aguento muita dor. Eu já sei que meu limite é esse e eu fico já... eu fico com medo, de não aguentar e sofrer duas vezes".

Duas afirmaram que mudariam de ideia se o médico alegasse que **dilatação estivesse muito alta e que o bebê iria passar com facilidade** (E1, E16), enquanto a outra disse já ter plena certeza da decisão desde antes de engravidar (E3).

E1: "Não se eu chegasse no hospital com a dilatação muito alta que o médico dissesse assim: 'Oh, se você fizer uma forcinha ele vai sair.' Aí eu... aí eu mudaria. Mas, caso contrário, se eu chegar no hospital e tiver com pouca dilatação, eu faço cesárea. Porque, assim, eu quero ter cesárea, mas eu quero sentir os primeiros sinais, assim, de que, realmente meu filho quer nascer, entendeu? Eu quero sentir a contração, tudinho, vou pro hospital, mas não naquela... aquela pressão de ser normal, entendeu?"

E3: "Já era uma decisão de antes, é. Aí eu converso muito também com a minha médica. Mas ela diz: 'Não, vamo fazer assim, vamo esperar... ainda tá muito cedo!', ela fala, né?"

E16: "O meu medo é o sofrimento na hora, mas se eu soubesse, eu tivesse segurança de não, se eu realmente não aguentar, eu sei que eu não vou sofrer tanto assim... se eu soubesse que ia ser fácil... Porque tem muita mulher que faz um forcinha e vai simbora. É... meu medo é... assim, o que me faria mudar de ideia, era se eu tivesse essa certeza, que seria fácil a passagem, não sofreria tanto, aí eu mudaria de ideia, mas até agora tô com medo (risos)."

Duas das entrevistadas estavam em dúvida sobre a sua escolha (E11, E12), uma por conta dos abortos que sofreu, apesar de acreditar que o parto normal é melhor, ainda **não se sente segura para decidir** (E11). A outra também está mais inclinada para um parto normal, porém não se sente segura com a **imprevisibilidade que este traz para a mãe** (E12).

E11: "Dependendo da gravidade do meu... da minha gestação, porque eu sou hipertensa, tenho pressão alta... tomo remédio. E... e, como já tive outros abortos, tomo um anticoagulante... tomo injeção pra correr tudo bem."

E12: "É isso que eu não sei (risos). Eu... eu... estou mais para o normal. Mas... aí... aí, tipo, eu não sei essa questão, assim, se realmente que... que ter a dilatação, se vou ter... é... é meio... o que me deixa meio aflita no normal é essa... é... você não poder prever, sabe? Ter que esperar o momento. Pronto. É a minha insegurança mesmo, é só essa".

As outras sete gestantes optaram pelo parto normal, a **grande maioria no ambiente hospitalar**. Apenas uma delas tinha vontade, porém com receio, de fazer o parto **humanizado**

em casa (E8). Somente uma já tinha certeza de que queria o **parto domiciliar com a parteira** (E9).

E2: “Aí a opção, assim, que eu tive, é essa. Eu vou ter no hospital porque todo... tem todo um suporte médico... e... eu já conversei com a médica, também fiz exame, tá tudo encaixadinho, aí ela dizer, só esperar agora ele... ele nascer (sorriu). É. Eu prefiro ser normal por essa questão, né? De... do pós-operatório, do... eu sou muito agitada. Então eu não consigo ficar muito tempo parada. Se... eu acho se eu ficar cirurgiada, eu vou ficar... bem mal em casa (risos)”.

E7: “Sem dúvida a minha escolha seria o parto normal, minha escolha é o parto normal [...]”.

E8: “[...] e a gente tá nessa... nesse... só não sabe quem vai se atrever a fazer isso (parto domiciliar) com a gente (risos). A viagem é grande, né? Entrar nessa loucura boa, porque ninguém sabe, né? Porque é um risco. Porque a gente ainda está em dúvida, se tem UTI, se o bebê precisar de UTI, se a mãe, tem o deslocamento pro hospital, né? Não sei, a gente tá ainda cogitando. Tô conversando com alguns médicos amigos”.

E9: “Por isso que eu escolhi, porque eu estou no meu ambiente, na minha casa, onde eu já me sinto bem, me sinto acolhida, com confiança, né? Tudo acontece dentro do meu ritmo, do ritmo da criança. Então, aonde eu vou ter, aonde eu vou ficar, não preciso sair pra nenhum lugar... nada acontece que eu não queira, né? Então, se eu não quiser que tenha luz acesa, não tem; se eu não quiser me levantar, não levanto, né? Existem as orientações das parteiras, mas que deixa muito à vontade a pessoa pra seguir os instintos, né?”

E13: “Mas, assim, o meu eu quero que esteja... natural, que seja humanizado, porque a minha amiga (nome da amiga), ela tá fazendo um curso de doula pra poder me acompanhar”.

E15: “Eu quero parto normal, só não sei se eu vou poder ter (risos). Mas é o que eu quero, é minha preferência”.

Todas afirmaram que só mudariam de ideia caso a escolha trouxesse **riscos para o bebê ou para elas mesmas**, tendo a cesárea como paliativo e em último caso. Algumas estavam receosas devido às complicações da gravidez, como **placenta baixa** (E8, E15). Apenas uma tem medo de que o **médico levante complicações que não existem** apenas para realizar uma cesariana, o que a faria mudar sua escolha (E7).

E7: “Acho que seria algo muito... grave a... a... alguma complicaçāo muito grave no parto, isso inclusive é um grande receio meu, porque eu sei que muitos médicos as vezes induzem a... a gente, as mães a achar que... você... não tem condição de ter um parto normal, quando na verdade você tem, mas... é... eu quero muito ter parto normal e... e... eu quero muito ter nesse momento uma... um bom médico, um médico realmente que... me... me... só me leve pra uma cesariana se realmente, realmente, realmente eu precisar e não simplesmente por uma indução, porque eu percebo que hoje em dia os médicos fazem muito isso, induzem muito o paciente ao... à cesariana por ‘n’ fatores”.

E8: “Eu tô esperando ver se ela sobe. Mas eu não sei em que grau está, em que nível, quais tipos das três placentaas prévias eu estou ainda. Porque esse diagnóstico só vai ser mais preciso daqui pra frente, né? Eu espero que esse quadro mude. Por quê? Porque se a placenta tiver realmente é... obstruindo, né? Fechando o colo do útero, não tem como ter um parto normal, e aí, sim, eu não teria. Só se oferecer algum risco pra mim e pro bebê, mas senão eu, com certeza, eu quero parto normal (risos). Natural mesmo”.

E9: “Ué? Nada. A não ser que seja uma indicação, né? Se a Dona Penha chegar pra mim e falar ‘Olha, (Nome da entrevistada), não tem condição de você parir em casa.’ Pronto, aí eu iria pra um hospital. Mas, eu acredito que... que vai dar tudo certo, porque é minha terceira gestação, seria a terceira vez que... será, né? Assim, se Deus quiser, a terceira vez que eu vou ter neném em casa. Então, assim... vamos dizer que eu... tá mais pra sim do que pra não (risos). Vai acontecer aqui. Pelo menos assim a gente espera. A não ser que tenha alguma situação... agora eu tô com 36 semanas, então, a indicação de ter um parto em casa é a partir de 37. Então, a partir desse meio da semana, se eu entrar em trabalho de parto, eu já tenho indicação para tá em casa. Mas, vamos dizer que tivesse correndo algum risco, né? De saúde, então eu iria pra um hospital, porque não tem como a pessoa ser atendida dentro de casa, né?”

E13: “Se eu tivesse alguma complicação na hora do parto. É... eu... comigo mesmo, ou então com o neném. Ele... se não tivesse jeito dele sair, é... por parto natural, né? Se tivesse alguma complicação, sim. Se não tiver, e eu acredito que não vai ter... então, é normal, mesmo. Não tem, assim... não tem o negócio que ‘Ai, tá doendo, tá doendo! Tá doendo demais, pode fazer cesárea.’ Não, não é isso, não”.

E15: “Nada me faria mudar de ideia. Assim, eu tenho muita certeza que eu quero parto normal, agora vai depender do próximo ultrassom. Porque eu fiz o ultrassom e deu a placenta baixa, né? E ela tá obstruindo todo o... ela tá bem baixa mesmo, tá grau zero e tá cobrindo todo o colo. Aí a... o médico disse que tinha tempo de ela subir, então no próximo ultrassom que eu vou saber. Se tiver correndo tudo bem, eu não tenho dúvida nenhuma que eu quero parto normal e se possível de cócoras, que é mais fácil, né? Eu acho... eu não sei porque eu nunca tive um parto, mas eu acho que o sofrimento é menor do que você ficar deitada... na horizontal”.

Quanto às entrevistadas em situação de pós-parto, todas haviam optado por fazer normal, porém apenas a entrevistada E10 conseguiu, de fato, ter o bebê por parto normal. Todas as outras não puderam seguir suas escolhas já no final da gravidez.

E4: “[...] Aí... ele estourou a bolsa, viu que o bebê já tinha feito meconígio⁵, mas ainda tava num estágio... é... bastante tranquilo, né? A gente podia esperar pra tentar ter o parto normal e... ele mesmo tentou girar a cabecinha do bebê. Mas o bebê não conseguiu. E eu fiz força, fiz força, tanto que, quando ele nasceu, ele ainda nasceu com edema. Aí... ele já tinha feito me... meconígio, não dava mais pra esperar muito tempo e eu parti pra cirurgia”.

E6: “Seria... se tudo ocorresse bem na minha gestação... que foi o final que foi o problema, né? Porque ele tava com uma... o cordão umbilical já no limite de não passar mais os nutrientes, a alimentação pra ele... então eu tive que antecipar a... até com trinta e nove semanas o parto cesariano”.

E10: “Mas, o meu foi bem tranquilo, não precisei tomar nenhum remédio, nem nada. Foi bem natural, mesmo”.

E14: “É... porque o obstetra que tava me acompanhando é... recomendou que não passasse das 41 semanas de gestação. E aí, no dia que tive eu tava com 40 semanas e 6 dias já... e como era dia do plantão dele, que era o obstetra, aí a gente optou por fazer esse dia. É... por isso que foi... é... a gente esperou até as 41 semanas, né? Como faltava 1 dia só, e aí eu não entrei em trabalho de parto e eu tava com diabetes gestacional também, aí ele achou melhor não prolongar. [...] Não tava me sentindo segura com as ultrassons, não tava me sentindo segura com... com os médicos... e aí eu optei por fazer, também a cesárea nesse dia, porque era com um obstetra que eu conheço, amigo meu, muito competente. Aí eu preferi fazer com ele pra não correr o risco de ter que fazer com um médico que eu não conhecia”.

⁵ Mecônio: primeiras fezes do bebê

Aqui podemos perceber que desde o início da gravidez, ou até mesmo antes disso, as mulheres já têm definida a escolha, e mesmo quando não definida, estas já possuem um tipo de parto de sua preferência. A maioria optou pelo parto normal, e as que queriam cesárea, fizeram essa opção baseada em traumas anteriores e na imprevisibilidade que o parto normal, traz. Como confirmação do que observamos na questão 1, das entrevistadas correspondentes à situação de pós-parto, apenas uma delas conseguiu realizar o parto de sua escolha, o que nos leva a refletir se o problema está, de fato, na decisão das mulheres, ou se fatores extrínsecos são os mais relevantes nesse momento.

- **Questão 3: Quais os locais que você geralmente busca (va) informações sobre as questões relacionadas ao parto? Como você chegou a essa fonte?**

Quanto às fontes de pesquisa nas quais as gestantes costumavam buscar informações, foram citados os **programas do canal GNT** (E2) e o **programa Bem Estar** da Rede Globo (E7).

E2: “Mas tem, por exemplo, no... no GNT tem alguns can... tem alguns programas que falam de parto, tem um outro programa também que eu não lembro qual o canal da TV que passa. E aí eu sempre assistia pra ver a... o que é que as mães diziam e tal. E aí a GNT tem alguns programas que diziam que foi normal, que foi... aí era mais na GNT que eu assistia também, assim, programa de televisão”.

E7: “[...] é... essa questão alg... algumas coisas eu vi também no Bem Estar, programa da Rede Globo, né? É... falando sobre isso”.

Na esfera da Internet, a grande maioria buscava em sites aleatórios, que achavam confiáveis. Apenas uma delas citou o nome de um site específico, que é o site Guia do bebê (E6). O **aplicativo Baby Center** foi bastante citado como fonte de informação (E4, E8, E13, E15, E16). Grupos de gestantes no WhatsApp (E6) e documentários no Youtube, como “**O Renascimento do Parto**” (E2, E7, E8, E13), também foram citados como fontes de informação. Os blogs no Instagram foram apontados como interessantes para saber das experiências das pessoas, mas não como fonte de pesquisa.

E4: “Eu jogava no Google e o que ia aparecendo eu ia lendo. E aí eu ia vendo se... se, na minha opinião, era confiável, se não, se era tipo um Blog do fulano de tal ou se era um site mais especializado de medicina... eu baixei aquele aplicativo Baby Center [...]”

E6: “Eu me cadastrei na... no site, é... como é o nome... [...] Lia quando tava no trabalho mesmo, ou... em sites, tal... procurava. Era... era... ‘Guia do bebê’.”

E7: “As informações que eu busquei, eu assisti aquele documentário “O

Renascimento do Parto”, no Youtube, que na verdade são 8 episódios, né? É... m... me abriu muito a mente pra muitas questões com relação a isso.”

E8: “[...] também a gente assistiu uma série que tem no Youtube, “O Renascimento do Parto”, eu assisti com meu marido, depois eu passei pra minha mãe [...]”.

E11: “Então... eu tô sempre lendo... procuro, vou no Google, mesmo, e coloco lá o que eu quero, e já aparece.”

E12: “Eu tenho várias no Instagram que eu sigo. Aí é mais aqueles de experiência da pessoa, entendeu? Que é que... com mães que fazem.”

E13: “Olhe, eu busco informações é... na Internet. No Youtube, eu tenho... assim, o que eu sempre olho é o Babycenter”.

E14: “Eu li muitas coisas no Instagram, mas mais coisas assim relacionadas é... deixa eu ver... parto normal, não técnicas de parto, mais assim coisas... histórias, comentários, situações que as pessoas tinham passado. Mas nada pra adquirir conhecimento sobre o parto normal em si, entendeu? Mas mais pra ver o que... o que tava acontecendo, que... ficar por dentro mesmo da... do que tem acontecido, né? Andam fazendo parto normal em casa, parto humanizado, enfim...”

E15: “Eu olho no Babycenter, no aplicativo”.

E16: “Eu tenho um aplicativo no celular que é... chamado Babycenter, onde ele informa as semanas, a evolução da criança, é... é a evolução de cada semana, o que a mulher comer, enfim... diversas coisas, é um monte de informações”.

Trabalhos científicos também foram citados como fonte de informação (E9, E13). A procura por esse tipo de trabalho nos mostra o nível de formação das mães, a maioria com Ensino Superior Completo, e o interesse sobre essa questão do parto, tendo em vista que trabalhos científicos requerem qualificações e reconhecimento de relevância para serem acessados.

E9: “[...] eu li uma tese de doutorado que eu gosto muito, que chama “A Ciência do Início da Vida”, que fala sobre... eu acho legal que tem uma tese de doutorado que é uma pesquisa feita da Medicina, é... com base em evidências, né? Então, ela busca fazer uma pesquisa, né? Essa pessoa fez uma pesquisa no mundo todo, de tudo que já foi estudado, e já foi pesquisado a respeito da concepção consciente, da gestação, do parto, da amamentação, e dos três primeiros anos de vida da criança”.

E13: “[...] é... até algumas dissertações de tese, eu tenho lido.”

Os **cursos para gestantes da Unimed** João Pessoa foram citados por duas entrevistadas (E6, E15).

E6: “E eu também participei do curso da Unimed. [...] Pronto, eu fiz o curso de grávidas também, que é muito bom, que influenciou bastante, também. Que eles são muito a favor do parto normal e tal, que se fosse preferir, preferisse o normal, e... orientava em tudo.”

E15: “[...] e também tem os encontros de... das gestantes da Unimed, né? Que eu tô pra fazer também, só que eu acho que vou deixar pra fazer mais pro sétimo mês, ou o outro, mais pro finalzinho.”

Apenas uma das entrevistadas disse **não ter procurado nada a respeito**, por já estar decidida pelo parto cesariano (E3).

E15: “Não, de parto não. Eu procuro, assim, saber do bebê... mas de parto, não. Porque eu... eu antes de engravidar, eu já dizia: ‘Não, quando eu engravidar, eu quero ter uma cesárea’.”

Neste ponto, fica claro o nível de informação das entrevistadas e as poucas referências de fonte de informação que possuem. No âmbito digital vemos apenas duas grandes referências que são o documentário “O Renascimento do Parto” e o aplicativo BabyCenter. No mais, as gestantes pesquisam em sites aleatórios, nos quais dizem sempre se preocuparem com a veracidade das informações. A criação de um site pelos órgãos de saúde ou interessados, voltado para essa temática seria fundamental, envolvendo explicações sobre os tipos de parto, contendo vídeos informacionais, relatos de médicos e parturientes, entre outros. Uma fonte de informações de confiança reconhecida e bem divulgada tornaria mais fácil esse processo de busca por informações que as gestantes passam. Como também cursos para a orientação das gestantes, pois apenas duas entrevistadas citaram algo desse tipo. Ações promovidas por ONGs, planos de saúde ou outras empresas que tenham as mulheres grávidas como público alvo, no sentido de orientar e explicar os tipos de parto, seriam de grande relevância para influenciar a predisposição das mulheres.

- **Questão 4: As experiências anteriores (suas ou de pessoas próximas) são/foram fatores relevantes na sua gravidez e na escolha do parto? Por que?**

Nesse ponto, foi necessário adicionar questões relacionadas à influência da mãe da gestante e o tipo de parto realizado em seu nascimento, que aparecem na maioria dos discursos como principais condicionantes dessa inclinação, como também a influência de seus esposos. Com relação à pergunta que surgiu durante as entrevistas sobre o tipo de parto que as entrevistadas nasceram, **metade das entrevistadas nasceu de cesárea** (E1, E2, E3, E6, E7, E8, E15, E16) e a outra **metade nasceu normal** (E4, E5, E9, E10, E11, E12, E13, E14).

Falando das entrevistadas que optam por cesárea, a mãe da entrevistada 1 teve uma **péssima experiência no seu parto**, o que causou um trauma. Já as entrevistadas 3 e 16 as mães tiveram uma cesariana tranquila, apesar do pós-parto da mãe da entrevistada E3.

E1: “[...] minha mãe não teve uma boa experiência com parto normal. Quando eu nasci, é... o médico forçou... é... que ela tivesse normal e... eu, tipo, passei da hora de nascer. Então, assim, eu nasci roxa, minha mãe... quase que... resumindo, assim, quase que morria eu e ela, entendeu?”.

E3: “Eu nasci de parto cesáreo. Minha mãe teve eclampsia⁶, né? No caso dela...

⁶ Eclampsia: doença que geralmente ocorre no final da gestação associada à hipertensão.

como também era antigamente, não era tão, assim, a... a medicina mudou bastante, né? Então, minha mãe sofreu bastante”.

E16: “Não, cesáreo. Saber da tranquilidade que minha mãe teve me tendo de parto cesáreo. Ela não teve problema no pós-operatório, teve os dois partos dela, tanto meu irmão como o meu, foram bem tranquilos, ela não sofreu no pós-operatório. Foi muito tranquilo, então isso me passou mais tranquilidade [...]”.

As entrevistadas que estavam em dúvida nasceram de parto normal (E11, E12). A mãe da entrevistada E11 **teve uma experiência ruim** por conta da idade e a mãe da entrevistada E12 **prefere não opinar** em sua decisão.

E11: “Nasci de parto normal. Minha mãe me teve com quarenta e dois anos. Não! Não! Assim, ela teve sete filhos... os seis filhos que ela teve foi tudo em casa. E ela disse que eu fui a única que nasci no hospital. Nasci... a que sofreu mais, né? Então, é... isso aí eu não... eu não pensei não, porque ela disse que sofreu mais no hospital, normal, até pela idade dela, né?”.

E12: “Eu nasci de parto normal. Aí, eu... a minha mãe teve... eu tenho uma irmã, né? Aí foi uma normal e uma cesárea. Aí também não opina não (risos)”.

No caso das que querem normal e nasceram de parto normal, **as mães de duas delas demostraram bastante apoio** (E5, E15), enquanto a entrevistada E13 não afirmou nada relacionado a influência da sua mãe.

E5: “Normal. Todas (mãe e irmãs)... todas falam que... é muito melhor o parto normal, né? Do que o cesáreo. Por conta de, como eu falei, a recuperação é mais rápida, e... é tudo mais rápido”.

E13: “Eu tenho quatro irmãos. Lá em casa são cinco, né? Na casa da minha mãe. É... Entendo, todos foram parto normal. Nenhum foi cesárea, não”.

E15: “Minha mãe ela teve 3 gestantes... 3 gestações. E foi tudo normal, os 3 nasceram normais e minha mãe sempre falou pra fazer parto normal. Que... assim, ela... ela não teve sofrimento. Então assim, eu me baseio muito pela minha mãe, né? É, eu não tenho dúvida assim, por causa dela, sabe? Ela sempre passou muita segurança nesse negócio de passar pelo parto normal e tudo... eu não tenho medo de parto normal, eu tenho medo da cesárea (risos). Da anestesia, de tudo... é o que eu mais tenho medo. [...] E eu sempre escutei muito minha mãe, se minha mãe falou é porque... ela quer só meu bem, né? Então eu acho que ela... a única pessoa que eu escuto é minha mãe. E o médico (risos). Só os dois”.

Já no caso das que querem normal e nasceram de cesariana, **as mães ficam receosas**, mas também apoiaram (E2, E7, E8).

E2: “[...] minha mãe fica mais preocupada, assim, pra saber se eu tô tranquila pra quando chegar na hora do parto [...] Minha mãe, minhas irmãs também, elas ficam... assim, nessa de dizer: ‘Ah, que você é corajosa e não sei o quê, mas tem que ter tranquilidade...’, aí minha mãe fica me dando dica de... de como é o... de como é o... questão da contração, de tempo em tempo, de ter que marcar, mas é... bem tranquilo, assim, a família tá bem a... apoiadora, graças a Deus (risos).”

E7: “Minha mãe super apoia, super acha lindo, apesar dela ter tido todos filhos é... na cesariana, né? [...] mas mesmo assim minha mãe acha muito legal e ela me

incentiva e ela diz que eu vou ter normal e que vai ser uma benção, e eu acho que por ela não ela... ela realmente me apoia, ela realmente acha que eu devo ter normal mesmo [...]"

E8: "Por exemplo, minha mãe, inicialmente, ela fez 'não, minha filha, esse negócio de sentir dor, de sofrer, e tudo o mais, eu tive você de cesárea, eu tive sua irmã de cesárea, e acho que isso é besteira, olhe aí, tão todas bem, não sei o que, inclusive eu tive você com sete meses, eu tive você porque você nasceu de sete meses, e sua irmã porque eu ia ligar'. [...] Porque, minha mãe mesmo, insistiu muito: 'Ah! Depois vai ficar difícil pra se recuperar, depois vai ficar difícil até pra manter relação sexual depois, não vai ficar a mesma coisa...' sempre fica... é, né? [...] Mas, aí depois que ela começou a receber informações, e tudo mais, ela mudou, e ela viu realmente essa... inclusive, ela também está super adepta ao parto domiciliar junto com meu marido, e a gente tá nessa... nesse... só não sabe quem vai se atrever a fazer isso com a gente (risos)."

A exceção nesse quesito foi a entrevistada E9, que é filha adotiva e por isso não tinha certeza do tipo de parto de seu nascimento, mas acredita que foi normal. Sua mãe adotiva **não apoia o parto domiciliar**, que é sua preferência, mas respeita.

E9: "Olhe, eu sou filha adotiva, tudo indica que o meu parto foi normal, né? Minha mãe disse... que me criou, né? Ela disse que meu parto foi normal, né? Que eu nasci de parto normal, mas hospitalar. A minha mãe, que é a minha de criação, ela só teve partos cesarianos, ela mesmo nasceu de parto normal em casa, nasceu com parteira, meu pai nasceu com parteira, mas eles respeitam a minha decisão, mas, pra eles... eles acham difícil assim, pra eles, eles preferiam que fosse num hospital, e tal... [...]"

Com relação aos pós-partos, três nasceram de parto normal e recebiam **influência positiva de suas mães** quanto a esse tipo de parto (E4, E10, E14), enquanto uma delas nasceu de parto cesariano e **teve influência negativa de sua mãe** quanto ao parto normal (E6).

E4: "A minha mãe teve três filhos normais. Ela é guerreira (risos). [...] mas eu não, eu sou bem parecida com a minha mãe. Nós somos muito resistentes à dor. Nós somos mais corajosas."

E6: "Minha mãe é que ficava com medo, né? Ela se... ela teve... Todos três filhos dela foi cesariano. E... ela sempre teve medo e ficava... ficava falando que eu não ia aguentar, que era invenção (sorriu), inclusive, levou uma bronca do médico uma vez no... na ultrassom, que ela foi e o médico... aí ela disse... quando viu o peso da criança, aí ela disse: 'Não! Tu não vai aguentar um menino desse tamanho! Não sei o quê...!' Aí o médico também deu uma bronca: 'Ah, é por isso que as mulheres não querem ter parto normal, porque é influenciada negativamente pela família, não sei o quê...' Foi (sorriu). Aí ela ficou assim, né? 'Não, doutor, mas você sabe, é... é a sua filha caçula e a pessoa fica com medo...', aí ele disse: 'Não, mas não pode. Tem que incentivar...' Mas aí... ela... ela ficava mais calada, né? Depois de... de... desse carão".

E10: "Fui de parto normal, também. Minha mãe teve três. Os dois foram de... pronto, eu tinha muita inspiração da minha mãe assim, que ela dizia que não sofreu nada no meu parto, ela falava isso. Aí, eu me inspirava nela. Só que o da minha mãe foi bem diferente, ela não sentia dor nenhuma, ela não sentia dor de contração, só sentiu na hora que foi pra eu vir, mesmo. Eu vim bem rápido, assim [...] Eu tava tão assim, eu acho que eu peguei tanto a referência da minha mãe, que eu achava que o meu ia ser do mesmo jeito, sabe? Aí, eu tava bem tranquila. Eu dizia mesmo 'O meu vai ser!' Tanto é que minha mãe tava até com medo de... tipo... é... 'Se essa menina

não tiver parto normal, ela vai ter uma depressão pós parto, porque ela tá muito certa de que vai ter, e não pode ser assim, não, minha filha. Você tem que tá preparada pros dois”.

E14: “Nasci. Minha mãe sempre me defendeu muito, acho que muito por causa dela. Porque... porque eu fui o terceiro parto normal dela, e depois de mim ela teve uma cesárea pra fazer a laqueadura e... ela sempre falou muito bem de parto normal, ela sempre teve muita facilidade. Não que eu achasse que por ela ser... que por ela ter essa facilidade, eu também teria, mas pelo fato de ela dizer que a recuperação era muito boa, eu também queria ter essa mesma recuperação e ela disse que a da cesárea não foi. Foi mais difícil, foi mais dolorosa e aí eu pensava ‘Ah, então eu também vou tentar fazer o parto normal pra ter uma recuperação, é... pra tentar ter uma recuperação boa também’. Não que por ela ter tido a recuperação boa eu também teria, mas por saber que o parto normal tinha menos intervenções, e aí eu... ela sempre falou muito bem de parto normal e eu, e até minhas irmãs também é... até queriam também, mas também não conseguiram”.

Falando do posicionamento e da influência dos maridos sobre essa escolha, grande parte das entrevistadas afirmou que eles **as deixaram à vontade para a escolha** (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E12, E14, E15), apesar de alguns não se sentirem capazes de assistir ao parto normal.

E3: “[...] Mas em questão do meu esposo, da minha mãe, aí eles me deixam bem à vontade. De escolher o que eu quero”.

E6: “Meu marido, ele incentivava, né? Também ele... ele também não ficava também in... é... dizendo: ‘Não, você vai ter que ter o parto esse ou aquele!’ Não... me deixou à vontade, né? ‘A decisão é sua, você vai ter o... o parto que quiser’.”

E10: “Ele ficou comigo, assistiu tudo, tudo, tudo, tudo. Tudo. Me apoiou, não teve nada de... nada, não. Ele me apoiou até o fim”.

E14: “Meu marido nunca interferiu nesse tipo de escolha, nunca... ele nunca intervii, nunca opinou em relação a dizer ‘Não, eu acho que esse é melhor...’. Não, ele sempre deixou que eu escolhesse e, como ele viu que era um desejo muito forte meu de ter parto normal, ele sempre... ele torcia pra que desse certo, né? Que era um desejo meu, mas ele não sabia como ia ser pra ele acompanhar, porque ele tem muito medo de procedimento cirúrgico, de sangue, de tudo, e não sabia como ia ser. Apesar de ele já sabia que conseguia acompanhar porque não via nada, né? Ele tinha a possibilidade de ficar atrás do... comigo e não ver nada. Mas o normal ele achava que não ia conseguir acompanhar mas, mesmo assim ele nunca pediu pra eu mudar de opinião, ou mudar opção por causa dele não”.

E15: “Ele... me apoia totalmente pro parto normal. E se não der certo também, ele não se manifestou assim, nem contra nem a favor... nada. A escolha ele sempre deixou pra mim.”

Alguns esposos **torciam pelo normal** (E4, E8, E9, E10) enquanto outros não apoiavam e **preferiam a cesariana** (E11, E16).

E4: “Foi ele... não, foi ele que indicou, inclusive. Foi ele que ligou e disse: ‘Olha, tem aquele cliente, que é médico, vamo lá!’ Ele também queria parto normal”.

E8: “As coisas. Inclusive, meu esposo tá lendo muito mais que eu, já tá viajando, querendo parto humanizado, domiciliar, aquela coisa toda”.

E11: “[...] mas o meu esposo quer que seja cesárea porque ele também tem muito medo, também. Aí, ele não quer que eu tenha normal. Ele quer que eu tenha cesárea. Desde o começo, é porque quando ele... sei que é bem... bem perigoso, entendeu?”

Assim, como ele não tem tanta... ele não sabe muito... ele só vê vídeos, também, e acha bastante perigoso. Aí, ele também prefere cesárea desde o começo”.

E16: “No início ele me deixou mais à vontade pra escolher, mas agora já que tá se aproximando, já que tá tendo contrações... alguns desconfortos, ele já fica aperreado. Faz ‘Não, você vai ter cesáreo, é mais tranquilo. Não dá certo não, vai ser cesáreo mesmo. Se for normal eu não fico na sala não, que eu fico aperreado.’ (risos). Ele tem medo.”

Apenas uma das entrevistadas **não levou em consideração a opinião do esposo**, com relação a essa escolha (E1).

E1: “É... por ele eu teria normal, mas eu acho assim, é muito fácil ele tá lá e ter normal, se não é ele que vai passar, entendeu? Pelo... por isso. Aí... né, então, assim, eu nem considero a opinião dele”.

Com base na influência dos amigos, algumas entrevistadas citaram que as amigas opinavam bastante, porém **não influenciavam na tomada de decisão** (E1, E7, E10, E15). As que optaram por parto normal desenvolveram bastante esse ponto da questão, pois apontaram que muitas chamavam de **corajosas ou loucas** e afirmavam não ter coragem de sentir a dor do parto (E4, E6, E7, E8, E9, E10, E14).

E1: “Tenho várias amigas que estão grávidas agora. Aí, umas pensam em normal, outras pensam em ter cesárea, mas assim, a gente sempre... se apoia, né? Cada um tem sua opinião, né? E é uma... é uma coisa, assim, tão pessoal, que nem adianta... eu nem gosto, assim, né? De tá discutindo sobre isso [...]”.

E4: “É. ‘Tu é doida? Parto normal? Não, amiga, tu é muito corajosa. Eu não quero sentir dor!’”

E6: “Mas, todo mundo que eu falava, o pessoal... tinha umas pessoas que dizia: ‘Ah, muito corajosa!’ Né? ‘Tu vai ter mesmo? Não sei o quê...’ Mas tinha outras também que davam o maior apoio [...]”

E7: “[...] é como eu disse da cultura né? Que foi gerada em cima de tudo isso, mas assim não me influenciam não, sabe? Eu assim, quando começa assim muito a polemica, sabe? Do tipo ‘Você é louca e não sei o que... Como é que você...’, né? Quando eu vejo que a conversa tá enveredando muito pra condenar o parto normal, eu simplesmente me calo e fico só escutando e... e... num... num vou mais adiante, não vou puxar discussões a respeito disso não, entendesse? Eu me calo... eu prefiro não externar minha opinião, ficar na minha e deixar a pessoa externar a opinião dela. E respeitar. Mas eu tenho a minha opinião formada e eu quero muito poder ter meu fi... minha filha normal”.

E8: “Os meus amigos, no geral. Acho que setenta por cento de amigos e família, por exemplo, tios e tudo mais, me acham louca, mesmo, por pensar desse jeito, principalmente por pensar na hipótese do parto domiciliar, né? E uns trinta, não, vinte, dez por cento ainda me acham normal, se eu tiver o parto humanizado dentro do hospital. (risos) E aí, cinco por cento me acham, ainda me aceitam um pouquinho tendo o parto domiciliar. Porque a maioria me acha louca, né? Noventa e cinco por cento me acha louca. Quando eu falo assim... tô evitando até falar com o povo... porque todo mundo que eu falo, praticamente, ‘Menina, que doidice é essa? Só quer ser diferente. Só pensa diferente’.”

E9: “Tem algumas amigas que acham que eu sou corajosa, eu não entendo esse negócio de corajosa... Assim, pra mim, coragem seria ir pra um hospital, sabe? Eu tenho mais medo de um hospital de que ter em casa, mas... tem outras que acham interessante, que gostariam de fazer também, parto em casa, mas, tipo acham... têm algum receio, algumas restrições. E tem outras que querem fazer também, eu até

passei o contato da (nome da parteira) pra outras pessoas...”

E10: “Nenhuma amiga minha tinha... hoje em dia, é muito difícil, né? As pessoas assim, que têm plano, né? Decidirem pelo parto normal. E algumas que... que decidem, não conseguem ter. Teve uma amiga minha que, não no ano que eu tive, que foi ano passado, mas no ano anterior, ela tentou ter e não conseguiu, não teve a dilatação, né? Mas, o resto das minhas amigas tudinho são tudo medrosa, ‘Não! Deus me livre de sentir dor hoje em dia. Tem o parto cesáreo pra não sentir dor, e você deixa sentir dor... e não sei o que...’ Nenhuma com coragem, não. Isso não me influenciou, eu tava tão certa, sabe?”

E15: “Não me influenciam em nada, em nada mesmo (risos). Eu não escuto muito... o pessoal... todo mundo falando, cada um fala uma coisa diferente, né? Eu procuro... eu escuto todo mundo, mas eu não levo muito em consideração não. Eu acho que cada um é de um jeito, não dá pra saber”.

A respeito das entrevistadas que estavam em período de pós-parto, **todas afirmaram que tentariam fazer o parto normal novamente.**

E4: “Mas, se eu tiver um próximo filho, que eu pretendo ter, eu pretendo tentar o parto normal”.

E6: “Se pudesse ter... eu te... eu queria ter essa experiência. De parto normal. Eu acho que é válido, né? (sorriu)”

E10: “Porque se eu tiver o segundo eu vou querer ter normal de novo [...]”.

E14: “É... na verdade a primeira gestação influenciou pra eu não querer a cesárea, mas aí quando foi se aproximando do fim da gestação... [...] A primeira coisa que as pessoas perguntavam era ‘Oxe, e pode? Depois de uma cesárea...’, a maioria achava que não podia. É... e o comentário... acho que 100% das pessoas comentavam ‘Ah, corajosa...’, sempre é esse adjetivo, né? Que associam a pessoa que quer parto normal, e aí... me chamavam de corajosa, não sei o que... E geralmente perguntavam, né? Se não tinha sido boa minha primeira... meu primeiro parto. E... geralmente era isso. Diziam que eu era corajosa por querer parto normal e só...”

Aqui vemos a influência que experiências anteriores ou de pessoas próximas exerce na predisposição das mulheres. Como principal fator influenciador, encontramos a mãe e a experiência com seus partos, a questão do seu apoio na decisão das gestantes também é outro ponto muito relevante. Outro grande influenciador é o esposo, que muitas vezes prefere deixar essa escolha para a mulher. Quanto aos amigos e conhecidos, existe a influência apenas da observação de suas experiências pela gestante, as opiniões e conselhos dados por estes não foram considerados relevantes. Quanto às mulheres em situação de pós-parto, suas experiências as fariam tentar novamente um parto normal, o que nos leva mais uma vez àquela reflexão sobre até onde vai o poder de decisão das mulheres.

- **Questão 5: Comente sobre a sua relação com o (a) médico (a) e sua indicação de parto. Quais as justificativas? Como você se sente com relação a isso?**

Segurança com relação ao médico e existência de uma relação médico-paciente antes

da gravidez, foram pontos acrescentados nesse quesito. Quando questionadas se o médico as acompanhava antes da gravidez, oito das entrevistadas afirmaram que sim (E1, E2, E6, E8, E10, E11, E13, E16).

E1: “Já era meu médico antes de engravidar. É... assim, eu já conheço ele há muitos anos, até porque, quem fez o... o parto da minha mãe que esperou minha irmã, foi ele.”

E2: “É, é a mesma desde o começo. Desde as outras gestações também, ela acompanhou eu... e ela... desde o início também”.

E6: “Já era minha ginecologista. E... ela me acompanhou, né? De... do período antes de engravidar, que eu tinha vontade, né? E perguntando o que é que eu precisava tomar, né? Pra... pra me preparar pra essa gravidez”.

E13: “Ela já era minha ginecologista. Eu cheguei em 2007. Então ela é minha ginecologista desde 2011”.

E16: “Já, já era. Já é minha ginecologista há uns 5 anos mais ou menos. Porque devido ao meu problema de endometriose, tenho ovários policísticos, ovários císticos, é... eu já fazia tratamento com ela e outro médico”.

Três iniciaram o acompanhamento com um médico já conhecido e depois trocaram (E4, E12, E14).

E4: “[...] o próprio médico que eu, inicialmente, fui acompanhada, falou abertamente que não fazia parto normal, que... mas que eu ficasse à vontade pra procurar um médico na hora de fazer o parto, né? Aí, a partir daí eu já achei muito estranho. [...] E aí eu consultei um outro médico, já na reta final da gravidez [...]”

E12: “Era a que eu comecei o acompanhamento, era. Aí depois eu fiz o plano, por causa do parto, aí agora eu tô com outra. Foi. A... a outra eu tinha mais vínculo porque eu já fazia muito tempo que... ela era minha ginecologista, né? Mas aí... como o custo é muito caro, se você for pagar por lá, né? Tem que pagar anestesista, não sei o quê, aí... não ia ter condições. Aí eu... aí eu tinha que fazer pelo plano mesmo. Aí por isso que eu troquei.”

E14: “Eu comecei o pré-natal com esse, que fez o meu parto, mas logo no começo eu precisei mudar de plano, e aí no plano pra qual eu fui, ele era só... só atendia urgência e emergência. Então não fazia consulta eletiva, então eu fiquei fazendo as consultas com uma pessoa que ele indicou [...]”

O restante afirmou que não fez o acompanhamento com a pessoa que já era sua/seu ginecologista (E3, E5, E9, E15). As entrevistadas E5 e E9 faziam o acompanhamento no posto de saúde, onde a rotatividade dos médicos era grande, elas eram acompanhadas por enfermeiras e tinham consultas pontuais com os médicos, enquanto a entrevistada E15 buscou o médico por saber que ele realizava parto normal. Apenas a entrevistada E7 não citou nada a respeito.

E5: “Mas, assim, eu faço... o meu pré-natal... é num posto de saúde, perto de casa. [...] Quem acompanha é a enfermeira de lá”.

E9: “Então, eu faço acompanhamento com a enfermeira e com a médica do Posto. Não. Porque é assim, no Posto de Saúde muda muito de médico, né? A médica agora está sendo outra”.

E15: “Ele mesmo falou que... eu fui atrás dele por causa do parto normal, que dizem

que ele... que não são todos os médicos que fazem, né? ”

Oito das dezenas entrevistadas demonstraram **ter muita confiança em seus médicos** (E1, E2, E4, E6, E10, E11, E13, E15), apontando que as indicações deles sobre o parto seriam essenciais para a definição de suas escolhas.

E1: “É... assim, eu já conheço ele há muitos anos, até porque, quem fez o... o parto da minha mãe que esperou minha irmã, foi ele. [...] Então, assim, ele é médico da família, há muitos anos, é um profissional muito tranquilo, calmo e eu confio em tudo. Com bastante experiência, né, que isso conta muito, e... eu confio bastante, assim, nele e na equipe, porque eu conheço toda a equipe médica que vai me acompanhar. Então, assim, isso pra mim é muito... é... é muito tranquilo, assim. ”

E6: “Eu não ia botar em risco a vida da... do menino. Eu... eu... sou muito assim. Se... eu confiei, a gente precisa confiar na sua médica, na médica né? Que tá lhe acompanhando. Se ela chega e diz que é melhor, né? Ter um certo tipo de parto, por causa da saúde da criança, né? Do risco que pode acontecer, então... eu não questionei. Eu digo, só fiz assim: ‘Tem certeza? (risos) Não dá pra ser não?’ Aí ela disse: ‘Olhe, por mim, eu não gosto de correr risco, apesar de que, se fosse normal, a gente ia fazer na... no... no... é... na área cirúrgica, porque qualquer coisa, a gente já ia pra cirurgia, né? Se você não conseguisse...’ Mas, é... se ela disse que... que tava... correndo risco, eu não a botar, né? A criança em risco também. Aí, eu... eu fiquei triste, né? Fiquei chateada, mas eu disse: ‘É, então vamos, né? Se é pra enfrentar, a gente enfrenta (sorriu). O menino tem que sair de todo jeito!’ (risos). ”

E15: “Ele... ele é a favor do parto normal, esse médico que eu tô indo agora. Mas ele é bem bom assim, tô gostando dele... bem atenciosos. [...] Se, assim, se eu ver, né? Lá no ultrassom que nem no caso que ele falou, se minha placenta não subir. É... se eu ver no ultrassom que realmente não subiu e tal, e ele falar que é melhor não, não tem nem como, né? Fazer... Eu vou tá confiando nele, agora se na hora H, sei lá “Ah, não vou fazer.”, aí a gente já perde total confiança na pessoa, né? Mas assim, ele foi bem indicado para que ele não faça isso (risos). ”

Quatro delas **não se sentiam plenamente seguras** com seus médicos (E7, E8, E14, E16). Enquanto as outras quatro, não se pronunciaram com relação a isso (E3, E5, E9, E12).

E7: “É... eu gosto dela, porém eu ainda assim... acho ela um pouco distante, ela não é muito de me explicar as coisas, ela não é muito de... de m... sempre quando eu preciso de alguma coisa ela fala, ela né... preciso... to passando... to precisando de alguma coisa, to com uma... com alguma coisa então eu digo a ela, ela sempre me responde, mas ela não é um médico assim... que explica e que me dá tanta atenção assim. Talvez seja por isso que eu não tenha essa... esse... interesse, esse interesse não... como é que eu posso dizer? Talvez seja por isso que eu não queira, não faça tanta questão que ela esteja na hora do meu parto, apesar de saber que ela faz parto normal e que ela é muito boa nesses momentos e tudo mais, mas eu acho que pelo fato de ela ser um pouco distante as vezes, eu... eu prefiro con... me consultar com ela apenas pra saber que meu bebê tá bem, que minha bebê tá bem, tá se desenvolvendo bem e ponto”.

E8: “Ela me deixou à vontade pra escolher, mas eu noto que pelas conversas ainda existe muito uma resistência, sabe? Eu não sei se é pelo fato de eu querer demais e ela tenha medo de eu me frustrar porque eu não vou conseguir ter um parto normal, ou se, realmente, ela tenta forçar alguma (palavra não entendida), pra ficar mais cômodo”.

E14: “Então não fazia consulta eletiva, então eu fiquei fazendo as consultas com

uma pessoa que ele indicou, mas não sentia muita segurança nessa pessoa e no final da gestação eu passei a fazer algumas consultas com esse amigo, com esse obstetra que eu conheço, nas consultas de urgência”.

E16: “Eu gosto muito dela, sabe? Sendo que ela como médica, ela é ótima, é uma ginecologista ótima. Sendo que eu tô sentindo um certo desleixo da parte dela, agora nessa minha gravidez. É aquela coisa, eu dizer ‘Doutora, tô sentindo uma dor’ e ela dizer ‘Vou dizer a você o que não é normal, é isso e isso. Pronto, acabou. O que vier é normal.’, meio que ‘Aguente, isso faz parte da gestação.’. E ao mesmo tempo, quando... eu não sei se é a hora que eu vou pra consulta com ela, que... tem esses problemas assim. Porque eu sempre sou a última, aí ela já tá cansada. Mas que não é desculpa, né? Mas também tem dias que ela me atende maravilhosamente... perfeita, aquela médica que você diz ‘Caramba, que atenção!’, é de momento, sabe? Ela não é aquela médica totalmente dedicada”.

Vemos aqui, a relação médico-paciente das entrevistadas. Boa parte das gestantes, frequenta a pessoa que já era seu/sua ginecologista antes de engravidar e tem extrema confiança em seu trabalho. As que não se encaixavam nessa situação, procuraram médicos (as) que apoiassem a sua escolha quanto ao parto. Quando questionadas sobre o que fariam caso a indicação do médico contrariasse a sua escolha, a grande maioria afirmou que confiaria no médico, sendo então, este o principal manipulador na tomada de decisão das mulheres.

- **Questão 6: Quais são/foram os seus maiores medos com relação ao parto? Por quais motivos?**

Com relação aos medos, a mulheres citaram o de **o bebê passar da hora de nascer** (E1, E3, E5, E11, E12, E16), a **dor** (E3, E8, E12), **o nervosismo de uma primeira experiência** (E2, E5, E7), possíveis **erros médicos** (E5), **o medo de morrer** (E6), a **indução do médico** para uma cesariana (E7), o medo não conseguir o parto normal e ter que **fazer uma cesárea de urgência** (E8, E10), a **pré-eclâmpsia** (E11), **complicações em geral** (E12, E15), a **episiotomia** desnecessária (E14), um **médico** ruim (E14), **o bebê ir pra incubadora** (E16) e **o pós-operatório** (E14). Apenas três entrevistadas afirmaram **não ter medo de nada** (E4, E9, E13).

E1: “Essa a minha preocupação maior, né? Que ele não passe da hora de nascer. Nasça sem nenhum problema.[...] E... porque tem muitos riscos, assim, quando o bebê... é... passa da hora de nascer, né? Pode comprometer várias... várias coisas. Então, assim, meu medo maior é esse, assim, é... então só... que ele não passe da hora de jeito nenhum e que ele... venha com saúde, assim. Que ele... assim que ele nascer esteja tudo bem com ele. Assim que ele nasça, tá tudo bem. Só esse.”

E3: “Que no caso, a... é... a mãe não conseguir mesmo... o... o meu medo maior é eu sofrer e não conseguir ter, entendeu? Demorar, passar do tempo. O meu medo maior é esse. É mais da dor (sorriu).”

E4: “Não, eu acho que eu não tinha medo de nada não. Com relação ao parto.”

E5: “É... a... o único medo que eu tenho... é porque é a minha primeira experiência, né? Sempre... a gente vai ter um medozinho, assim, de... o bebê nascer na hora certa,

né? “

E6: “Não. A pessoa tem medo de tudo, né? [...]Deixa eu ver... acho que era morrer, mesmo. Meu maior medo era morrer (risos). Na cirurgia. “

E7: “[...] é pegar um médico que queira fazer uma cesariana, que me induza a fazer uma cesariana. Eu sei que no momento da contração, da dor, todo mundo pede pra ir pra faca, né? Todo mundo pede pra ir pra cesárea... [...]E o meu maior medo é na hora “h” eu ter um médico que me tire isso que... que... dê alguma desculpa [...] “

E8: “Não. A gente tem medo da dor, né? Com relação assim, a gente só tem medo da dor, de como vai ser a reação. “

E9: “Ah! Eu nunca tive medo. Assim do parto eu nunca tive medo. Eu tenho medo é do dia-a-dia, que é muito corrido. Isso aí é só o início, né? É... parir é bom demais, a dificuldade maior é depois, cuidar e educar. Aí é que vem o medo. [...] Mas, parir? Parir é bom demais (risos). “

E10: “Aí eu tinha medo disso assim, de... de não conseguir. É de ela chegar em algum momento e falar ‘Olhe, não tá dando. Seu bebê tá entrando em sofrimento, vamo partir pra uma cesárea. ‘ Tipo assim, sabe? Eu sentia isso todo momento. (risos) Mas aí deu tudo certo.”

E11: “Ah! Eu tenho medo... eu tenho muito medo da pré-eclâmpsia, né? Que, como eu tenho pressão alta, eu vivo olhando a pressão, eu vivo olhando minha dieta, né? Pra eu não comer muito sal. Então, o medo grande é aumentar a pressão e ter que fazer o parto antes, entendeu? E ele nascer com algum problema, ter que ir pra UTI... Aí, essa é minha maior preocupação. “

E12: “Aí... é... dor (risos). Dor, complicações... é, acho que são os... os maiores. “

E13: “Não. Eu não tenho medo assim, disso não. Não tenho medo da dor, eu não tenho medo que vá demorar, eu não tenho medo de nada. Eu não tenho medo, não. Na verdade, eu tô muito é feliz, sabe? ”

Dentre os medos enfrentados pelas mulheres, o principal deles é o bebê passar da hora de nascer e isso acabar trazendo complicações. Outra questão citada, foi o fato de ser a primeira gravidez de muitas entrevistadas, o que traz muitas dúvidas. A principal delas é sobre a intensidade da dor do parto normal, que deixa as mulheres um pouco assustadas, por não terem referência de como é sentir essa dor. Os esforços de marketing nesse caso deveriam vir como esclarecimentos sobre possíveis exercícios físicos, posições mais adequadas, entre outras opções para deixar as gestantes mais tranquilas quanto a esse momento tão importante da vida delas.

4.2 Consideração dos resultados à luz do Marketing Social

Como visto no ponto 4.1, notamos que as mulheres são bastante informadas, compreendem e deixam claro os malefícios que o parto abdominal acarreta. Porém, as atitudes não correspondem aos discursos e isso possivelmente está ligado às complicações de emergência na hora do parto, de modo que o poder de decisão das gestantes, deixa de existir por ser um momento em que estão em extrema vulnerabilidade. Então vemos que as campanhas de Marketing Social devem ser voltadas para a disseminação de conhecimento relacionado aos tipos de parto, já que o maior problema não é a predisposição da mulher e sim, fatores externos que vão além do seu poder de escolha. No quadro 7, podemos observar,

com base no roteiro, as 6 esferas e seus principais achados. Com isso, analisamos de acordo com a literatura previamente citada.

Quadro 5 - Quadro resumo dos resultados

Esferas	Principais achados	Ações sugeridas
1) Conhecimento dos tipos de parto e de suas implicações	<p>Os tipos de parto conhecidos são o normal e o cesáreo, e suas variações, e o humanizado</p> <p>A rápida recuperação do pós-parto é vista como principal benefício do parto normal, com relação a mãe</p> <p>A criança ser a protagonista do parto é visto como o principal benefício, com relação ao bebê</p> <p>A dor não é vista como um malefício no parto normal</p> <p>Quando a gravidez é de risco, o parto normal não tem a aprovação das mulheres</p> <p>Não sentir dor na hora do parto é visto como principal benefício do parto cesáreo</p> <p>A retirada do bebê antes da sua maturidade e os riscos de uma cirurgia foram citados como principais malefícios do parto cesáreo</p>	<p>As mulheres se mostraram bem informadas com relação aos tipos de parto e suas vantagens e desvantagens. Com isso, as campanhas devem focar nos benefícios que estas já conhecem, como evidenciar também os malefícios, minimizando-os por meio de esclarecimentos (BARBOZA, 2012). Campanhas explicativas principalmente para que as mulheres possam saber quando o bebê está de fato correndo risco ou não, e com isso possam ser enfáticas em sua escolha. O medo da dor do parto normal foi citado na literatura como possível influenciador na escolha das mulheres, o que na parte empírica foi rejeitado, pois o medo da dor do pós-operatório surgiu como um dos principais pontos para a tomada de decisão. Outro ponto citado na literatura foi o medo do alto risco do parto normal, ponto que não apareceu no discurso das entrevistadas. Campanhas de encorajamento, de empoderamento e conhecimento do próprio corpo, que enfatizassem os riscos inerentes à uma cirurgia e o que isso poderia trazer para a vida da mulher e do bebê, deveriam ser promovidas assim como a questão da rapidez na recuperação, já que este foi citado como pior ponto do parto cesariano. Tendo em vista que as mulheres compreendem os riscos, e isso gera questionamentos que podem ser explorados pela promoção da ideia negativa da cirurgia. (ANDREASEN, 2006).</p>
2) Predisposição e mudança de opinião	<p>A minoria das mulheres optou por uma cesariana</p> <p>Das três que optam por cesariana, duas afirmaram que se tivessem certeza de um parto tranquilo e rápido, fariam o normal</p> <p>As entrevistadas que ainda têm dúvida estão mais propensas ao parto normal</p> <p>Poucas entrevistadas cogitam o parto domiciliar</p> <p>Todas que optaram pelo parto normal, afirmaram que só mudariam de ideia caso a escolha trouxesse riscos para o bebê ou para elas mesmas</p> <p>Todas as entrevistadas em situação de pós-parto optavam pelo parto</p>	<p>A lacuna citada por Hastings (2007) entre conhecimento e comportamento fica bem evidente nessa questão, pois a maioria das entrevistadas é a favor e tem preferência pelo parto normal, porém isso não é o que ocorre na prática. Aqui fica claro que o problema não é, muitas vezes, a opção da mãe, e sim fatores externos que as condicionam a não realizarem esse tipo de parto. Segundo a maioria das entrevistadas, o único motivo que as faria mudar de ideia seria se o bebê, ou elas mesmas, estivessem correndo risco de vida, isso fica claro em todo os discursos, nos quais as mães sempre frisavam que o principal cuidado que tinham era a saúde do bebê. Uma questão observada no estudo de Dias <i>et al.</i> (2008), foi que a mudança de opinião ocorria ao final da gravidez, geralmente voltada para o parto cesariano, o que não ficou percebido aqui, visto que muitas entrevistadas estavam em seu estado final da gravidez e ainda assim permaneciam firmes em suas escolhas.</p>

	normal, apenas uma de fato o realizou	
3) Fontes de informação	Aplicativo Baby Center	Apenas uma das entrevistadas afirmou não pesquisar a respeito da questão do parto, todas as outras, em especial as que querem o parto normal, buscam ter conhecimento acerca dos tipos de partos e de suas particularidades. Geralmente souberam das fontes de informação, por meio de outras gestantes/mães do seu convívio. As gestantes aqui eram muito bem informadas, aparentemente, apesar de terem poucas fontes de informação para acessar, diferentemente dos estudos de Dias <i>et al.</i> (2008) e Weidle <i>et al.</i> (2014), que evidenciaram a falta de informação das mulheres, com relação aos tipos de parto. Nesse sentido, vemos como oportunidade para o mix de Marketing Social que os esforços relacionados à praça, tivessem como foco esses canais já reconhecidos pelas gestantes, criando estímulos pontuais para cada um deles, principalmente os que envolvem a Internet, por serem os mais abrangentes (ANDREASEN, 2006). Bem como criar outro espaço que fosse visado e reconhecido, apenas voltado para essa questão, facilitando assim, esse processo de busca das gestantes.
	Sites	
	Documentário "O Renascimento do Parto"	
	Programas de televisão	
	Trabalhos científicos	
	Cursos para gestantes	
4) Experiências como fatores relevantes	Metade da amostra nasceu de parto normal e a outra metade de cesáreo	O tipo de parto do nascimento das entrevistadas, a influência de sua mãe e de seu esposo foram tópicos acrescentados a esse quesito. Metade das entrevistadas nasceu de parto normal e a outra metade de cesariana. Com base nos discursos, percebe-se que as mães são as maiores influenciadoras nessa escolha do tipo de parto, as mulheres cujas mães apoiavam suas escolhas, eram muito mais convictas ao falar de sua opção. Outro grande influenciador é o marido, e apesar de preferirem não opinar nessa escolha, quando o fazem deixam as mulheres mais tranquilas e confiantes. Os maridos que preferem a cesariana têm esse comportamento por medo dos riscos de um parto normal e geralmente influenciam as mulheres para o mesmo comportamento. A opinião de amigos não foi considerada pela maioria das mulheres como fator de influência, porém as experiências, principalmente as relacionadas ao pós-parto, foram citadas muitas vezes como condicionantes na tomada de decisão, por serem situações reais presenciadas pelas gestantes. As entrevistadas que já tiveram seus filhos afirmam que se engravidassem novamente escolheriam o parto normal. Aqui podemos fazer relação com o estudo de Weidle <i>et al.</i> (2014), que indicou que as gestantes recebiam muitas influências das pessoas que as cercavam durante esse momento de suas, mas podemos perceber que neste caso as maiores influências são da mãe e do esposo e não necessariamente de todos que as acompanharam nesse período. Com isso, temos que as campanhas devem ter as gestantes como adotantes escolhidas como alvo, entretanto devem haver também esforços e estratégias que envolvam os grupos sociais, como familiares, principalmente mães e esposos (KOTLER; ROBERTO, 1992).
	Experiência da mãe reflete na tomada de decisão da gestante	
	Apoio da mãe é fundamental na escolha do tipo parto	
	Maioria dos esposos deixam a gestante à vontade para decidir o tipo de parto	
	As mulheres apoiadas pelo marido se sentem mais seguras	
	Alguns maridos têm medo do parto normal	
	Opinião de amigos e conhecidos não é fator de influência	
	Experiência de amigos e conhecidos é fator de influência	
	Em uma nova gravidez, todas as entrevistadas em situação de pós-parto tentariam parto normal	
5) Relação com o (a) médico (a)	Médicos já eram ginecologistas de grande	Muitas das entrevistadas declararam que procuraram o médico que está a acompanhando, em função do tipo

	<p>parte das entrevistadas</p> <p>Algumas entrevistadas trocaram de médico durante o pré-natal</p> <p>Muitas entrevistadas têm muita confiança em seus médicos</p> <p>Algumas entrevistadas não se sentem plenamente seguras com seus médicos</p>	<p>de parto de sua preferência, principalmente nos casos de parto normal, pois alguns médicos se recusam a realizá-lo, o que configura mais um fator complicador para essa escolha. As trocas de médico citadas pelas entrevistadas, ocorreram principalmente por conta da mudança de plano de saúde. Algumas entrevistadas afirmaram não se sentirem plenamente assistidas por seus médicos. Outras alegaram ter uma relação de confiança, na qual a palavra do médico se torna a palavra final, com relação ao tipo de parto. Visto isso, fica evidente a questão citada no estudo de Weidle <i>et al.</i> (2014), no qual a relação médico-paciente aparece como assimétrica, pois por mais que as gestantes se informem, elas dificilmente vão se sentir seguras para confrontar seus médicos, o que os configura sempre como os principais influenciadores. Ponto muito frágil de ser tocado, por existir o interesse do médico também, visto que no parto cesariano os mesmos têm um maior controle do ato médico, como cita Mandarino <i>et al.</i> (2009). Tendo isso, campanhas que utilizassem experiências de médicos renomados, ações nos hospitais que contassem com médicos esclarecendo as dúvidas das gestantes, e até entre os próprios médicos influenciando a adoção do comportamento pró parto normal, poderiam ser bastante efetivas.</p>
6) Principais medos	Bebê passar da hora de nascer	O grande e principal medo citado pelas entrevistadas foi a questão do bebê passar da hora de nascer podendo acarretar dificuldades para ele. Como era a primeira gestação da maioria das entrevistadas, o nervosismo por ser seu primeiro parto e a ansiedade de como será foi uma das questões mais citadas, como também a questão da dor que, por não saberem como é, deixava-as muito receosas com relação a isso. Outro medo bastante citado é da tentativa fracassada de um parto normal e devido a isso precisar ser encaminhada para uma cesariana de urgência. Algumas entrevistadas citaram não ter medo algum e que preferiam não pensar nos riscos que poderiam estar correndo. Os medos emergidos aqui se diferenciam dos estudos abordados na literatura, que visavam muito a questão da dor, de alterações na relação sexual, deformidade vaginal, entre outros (DIAS <i>et al.</i> , 2008; MANDARINO <i>et al.</i> , 2009; de WEIDLE <i>et al.</i> , 2014). Aqui devem existir esforços de marketing que promovam a força da mulher, mostrando que com o conhecimento do seu corpo, o parto passa a ser uma questão simples, natural, que não precisa de nervosismo.
	O nervosismo de uma primeira experiência	
	Dor do parto normal	
	Cesariana de urgência	
	Não existe medo	

Fonte: Elaboração própria (2017).

Dessa forma, podemos concluir que os principais fatores encontrados nessa pesquisa, que influenciam na predisposição das mulheres são o apoio e as experiências da mãe, o apoio do marido, a indicação médica e o medo de o bebê passar da hora de nascer. O medo da dor, que em outros trabalhos aparece como um dos principais influenciadores, como em Mandarino *et al.* (2009), apareceu aqui apenas como um receio, devido ao fato de grande

parte das entrevistadas estar em sua primeira gravidez e não possuir um referencial para a intensidade dessa dor, mas não como um fator decisivo.

Entendemos que esforços de marketing que promovam a informação e o apoio da família quanto à escolha das gestantes podem auxiliar na mudança de comportamento. Porém são limitados, tendo em vista o peso que a opinião médica tem sobre a escolha da mulher, e por ser um momento delicado no qual elas confiam muito na indicação desses profissionais, o que remete a uma relação de vulnerabilidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo temos as considerações finais da pesquisa, que foi realizada buscando atingir os objetivos inicialmente propostos. Em seguida temos os impactos teóricos e práticas de marketing social e ao final as limitações do estudo e sugestões para novas pesquisas.

5.1 Resgate geral

A gravidez é um momento que envolve muitas decisões na vida das mulheres, e uma das principais delas é quanto ao tipo de parto que será realizado. Tendo em vista um contexto preocupante, como o do Brasil, com relação ao número de cesáreas eletivas, pareceu-nos necessário analisar os motivos para tal comportamento ser tão difundido na sociedade.

Diante disso, o presente estudo teve o objetivo de levantar na literatura fatores de influência para a predisposição de comportamentos pró parto normal, e desenvolver uma análise empírica. Para tanto, utilizamos uma abordagem qualitativa, por intermédio de entrevistas, em sua maioria por telefone, com gestantes e mulheres com até um ano da realização do parto. Mediante as gravações, transcrições e análise de conteúdo, a pesquisa pôde verificar os principais fatores de influência das mulheres nesse momento de decisão.

Os tipos de parto citados pelas entrevistadas foram o parto normal, cesáreo e o humanizado, que apareceu como uma terceira categoria e não como uma variação do parto normal. As entrevistadas se mostraram bastante informadas e conscientes dos riscos inerentes de cada tipo de parto, o que contrariou a expectativa gerada pela revisão da literatura, que sinalizava que a falta de instrução faria as mulheres decidirem por um parto abdominal. Especialmente as que declararam interesse no parto normal, que correspondiam à maioria, mostraram-se em busca constante de informações sobre essa questão do tipo de parto, mas não suficientes para contrariar os médicos. As que declararam interesse na cesariana, tinham essa inclinação baseadas em traumas, experiências ruins na família e influência do médico. A mudança de opinião não foi muito citada, visto que as que optaram por parto normal demonstraram bastante convicção na preferência por esse tipo de parto, afirmando que mudariam de opinião somente se houvesse risco de vida, para elas ou para o bebê.

A Internet, o aplicativo BabyCenter e o documentário “O Renascimento do Parto” surgiram como principais fontes de informação das entrevistadas. A experiência das mães das entrevistadas, seu apoio e o apoio do marido apareceram como maiores influenciadores nos discursos, em contrapartida à opinião dos amigos, que foi citada como nada relevante muitas

vezes. Entretanto as experiências de amigas presenciadas e acompanhadas pelas gestantes, foram fatores que influenciaram sua predisposição. A relação com o médico também se mostrou um fator de bastante relevância para a tomada de decisão das entrevistadas, principalmente se essa relação for de confiança. O bebê passar da hora de nascer e o nervosismo de uma primeira experiência foram citados como os principais medos das entrevistadas.

Com isso, temos que a resposta ao problema de pesquisa se daria através das informações que chegam até as mulheres, antes mesmo de estarem grávidas. Informações em todos os sentidos, visto que, pela facilidade que a Internet atualmente traz, as mulheres podem ser bem mais informadas e imunes a certos tipos de indução. As experiências de pessoas do seu círculo de convivência, em especial da mãe, são fundamentais para embasar a predisposição das mulheres, como também o apoio do companheiro.

Além disso, a opinião do médico se sobrepõe à das mulheres, tendo em vista que por mais que se informem, elas não se sentem capazes contrariar a decisão do médico que as estão acompanhando. Isso ficou ainda mais nítido nos discursos das entrevistadas em situação de pós-parto, pois, inicialmente optaram por um parto normal, mas em sua maioria, não conseguiram realizá-lo. Todavia, apesar disso, continuam optando pelo parto natural, caso engravidem novamente.

5.2 Impactos teóricos e práticas de marketing social

Sob a perspectiva dos impactos teóricos, acreditamos que a presente pesquisa complementa os estudos já realizados com a finalidade de entender as influências que as mulheres recebem, quando se tratando do parto, uma vez que aqui se utilizou como base para a investigação e análise os principais achados de outros estudos, e os condicionantes tais como o medo de sentir dor (MANDARINO *et al.*, 2009; DIAS *et al.*, 2008), a indicação dos médicos como fator relevante (DIAS *et al.*, 2008; WEIDLE *et al.*, 2014), influência de familiares e conhecidos (WEIDLE *et al.*; 2014), os principais medos (LEITE *et al.*; 2014), entre outros. Nossa intuito foi de compreender quais são os fatores mais relevantes na escolha do tipo de parto.

Alguns resultados foram de encontro aos achados na literatura, como a questão da dor ou medo do parto normal, que em outros estudos aparecia como principal motivo alegado para a preferência por uma cesariana (DIAS *et al.*, 2008; MANDARINO *et al.*, 2009; WEIDLE *et al.*, 2014); aqui as entrevistadas classificaram como apenas um receio. Também o grau de

escolaridade, que em outros estudos parecia relacionado à alta proporção de cesarianas (MANDARINO *et al.*, 2009), não emergiu, dado que a maioria das entrevistadas possuía um alto grau de escolaridade e afirmava optar pelo parto normal.

Acreditamos que esse estudo poderá contribuir para programas de marketing social melhor direcionados, que utilizem os quesitos de apoio familiar, indicação médica favorável e técnicas e explicações sobre como agir na hora do parto, a fim de que o medo de o bebê passar do momento de nascer seja amenizado, tudo isso em prol da promoção do parto normal como sendo o comportamento mais indicado quando não há condições excepcionais durante o parto.

5.3 Limitações e recomendações

A abordagem utilizada foi satisfatória para a resposta do problema de pesquisa, porém é necessário apontar as limitações do estudo. Por ter sido por conveniência o perfil das entrevistadas foi bastante homogêneo, pois em sua maioria, possuíam o mesmo nível de instrução, estavam em sua primeira gravidez e tinham opção pelo parto normal, o que pode ter apresentado alguns vieses.

Outros estudos equivalentes a esse são recomendados, principalmente com a utilização de uma abordagem quantitativa para que abrangessem uma quantidade bastante significativa de mulheres. E que fizesse um comparativo da inclinação inicial da entrevistada e o parto feito, e as justificativas para a realização desse parto, para a verificação dos fatores condicionantes, que de acordo com o presente estudo, não é a opção das mulheres.

REFERÊNCIAS

ANDREASEN, Alan R. (Ed.). **Social marketing in the 21st century**. Sage Publications, 2006.

BARBOZA, Stephanie Ingrid Souza. **Marketing social aplicado à doação de sangue: fatores condicionantes de comportamento**. 2012. 138 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BASTOS, Adriana de Fátima Valente. **Consumo de bebida alcoólicas por jovens: implicações para o marketing social**. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

BBC BRASIL. “**Epidemia**” de cesáreas: por que tantas mulheres no mundo optam pela cirurgia? Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/07/150719_cesarianas_mundo_rb> Acesso em: 07 set. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS publica novas regras para o parto na saúde suplementar**, 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3192-ans-publica-novas-regras-para-o-parto-na-saude-suplementar?highlight=WyJwYXJ0byJd#sthash.aoZbwr51.dpu>> Acesso em: 05 set. 2016.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**, 1990b. Publicada no DOU de 20 de setembro de 1990, p.18.055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 05 set. 2016.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde**, 2015c. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>> Acesso em: 05 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**, 2004d. Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portal Brasil – Saúde. **Conheça os riscos de uma cesariana desnecessária**, 2015e. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/conheca-os-riscos-de-uma-cesariana-desnecessaria>> Acesso em: 04 set. 2016.

_____. Portal Brasil – Saúde. **País avança na melhoria da saúde pública para a mulher**, 2011f. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/pais-promove-acoes-para-avancar-na-luta-na-melhoria-da-saude-publica-para-a-mulher>>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. Portal Brasil – Saúde. **Partos podem ser realizados em qualquer hospital ou maternidade do SUS**, 2011g. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/partos-podem-ser-realizados-em-qualquer-hospital-ou-maternidade-do-sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. Portal da Saúde. **Do sanitarismo à municipalização**, 2016h. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Proporção de partos cesáreos**, 2012i. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibd2012/f08.def>> Acesso em: 04 set. 2016.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Vozes, 2006.

CLARK, Steven L. et al. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s.l.], v. 199, n. 1, p.36.1-36.5, jul. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.03.007>. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)00268-8/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)00268-8/fulltext)>. Acesso em: 17 out. 2016.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2^a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=-UEqBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 08 maio 2016.

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. **Ciência e saúde coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1521-34, 2008.

FRENCH, Jeff et al. **Social marketing and public health**: theory and practice. Oxford University Press, 2010.

GINECO. **Parto**. Disponível em: <<http://www.gineco.com.br/saude-feminina/gravidez/parto/>>. Acesso em: 17 out. 2016.

GOTARDO, Glória Inês Beal; SILVA, Isilia Aparecida. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 2, p. 245-251, 2007.

HASTINGS, Gerard. **Social marketing**: why should the devil have all the best tunes? Butterworth-Heinemann, 2007.

KOTLER, Philip; ROBERTO, Eduardo L. **Marketing social**: estratégias para alterar o comportamento público. Campus, 1992.

KOTLER, Philip; ZALTMAN, Gerald. Social marketing: an approach to planned social change. **The Journal of Marketing**, p. 3-12, 1971.

LEITE, Mirlane Gondim *et al.* Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicol. estud.**, v. 19, n. 1, p. 115-124, 2014.

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**, v. 25, n. 7, p. 1587-96, 2009.

MARTINS, Oliva Maria Dourado *et al.* O Marketing Social e a Promoção de Mudanças Estruturais no Aleitamento Materno. **Revista de Administração de Empresas**, v. 54, n. 4, p. 370, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas De Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, 2001.

MIRANDA, Claudia Maria Carvalho; ARRUDA, Danielle Miranda de Oliveira. A evolução do pensamento de marketing: uma análise do corpo doutrinário acumulado no século XX. **Revista Interdisciplinar de Marketing**, v. 3, n. 1, p. 40-57, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf> Acesso em: 04 set. 2016.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª Edição. Editora Feevale, 2013.

SILVA, Rebeca Sá do Nascimento. **Obesidade infantil como um problema de macromarketing: fatores de influência e contribuições de marketing social**. 2015. 163 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

WEIDLE, Welder Geison *et al.* Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. saúde colet.**, (Rio J.), v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014.

WYMER, Walter. Developing more effective social marketing strategies. **Journal of Social Marketing**, v. 1, n. 1, p. 17-31, 2011.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação da participante

1. Idade:
2. Escolaridade:
3. Ocupação
4. Estado Civil:
5. Gestações prévias:
6. Tipo de parto anterior:
7. Número de visitas ao pré-natal:

Análise das Influências

8. Quais são os tipos de parto que você conhece? E quais os benefícios e malefícios que você acha que eles podem gerar para a mãe e o bebê?
9. Qual é/foi a sua escolha e o que faria você mudar de ideia? Caso não tenha decidido ainda, o que falta para tomar sua decisão?
10. Quais os locais que você geralmente busca (va) informações sobre as questões relacionadas ao parto? Como você chegou a essa fonte?
11. As experiências anteriores (suas ou de pessoas próximas) são/foram fatores relevantes na sua gravidez e na escolha do parto? Por que?
12. Comente sobre a sua relação com o (a) médico (a) e sua indicação de parto. Quais as justificativas? Como você se sente/sentiu com relação a isso?
13. Quais são/foram os seus maiores medos com relação ao parto? Por quais motivos?