

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINO
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÍVEL MESTRADO**

NATHÁLIA IZIDORO ROSA

**NORMAL OU CESÁREA? QUEM DECIDE?
Os processos de decisão sobre a via de parto no Brasil:
Uma revisão integrativa.**

**SÃO LEOPOLDO/RS
2022**

NATHÁLIA IZIDORO ROSA

NORMAL OU CESÁREA? QUEM DECIDE?

Os processos de decisão sobre a via de parto no Brasil:

Uma revisão integrativa.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de título de Mestre em Ciências Sociais, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientadora: Profa. Dra. Marília Veríssimo Veronese

SÃO LEOPOLDO - RS

2022

R788n Rosa, Nathália Izidoro
Normal ou cesárea? Quem decide? Os processos de
decisão sobre a via de parto no Brasil : uma revisão
integrativa / por Nathália Izidoro Rosa. – 2022.
131 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Ciências
Sociais, 2022.
Orientação: Profa. Dra. Marília Veríssimo Veronese.

1. Saúde das mulheres. 2. Parto. 3. Autonomia.
4. Processo de decisão. I. Título.

CDU 618.4

Catálogo na Fonte:

Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

NATHÁLIA IZIDORO ROSA

NORMAL OU CESÁREA? QUEM DECIDE?

Os processos de decisão sobre a via de parto no Brasil:

Uma revisão integrativa.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de título de Mestre em Ciências Sociais, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

São Leopoldo-RS, aprovada em 28 março de 2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marília Veríssimo Veronese (Orientadora) – UNISINOS

Profa. Dra. Laura Cecília Lopez – UNISINOS

Profa. Dra. Gisele Cristina Tertuliano - Secretaria de Saúde de Cachoeirinha/RS

Dedico esse trabalho a todas as mulheres, inclusive àquelas que já se foram e às que ainda estão por vir.

AGRADECIMENTOS

É chegado o momento tão esperado e feliz, o momento de agradecimento!

Agradeço a minha família pelo apoio incondicional que foi essencial para a realização de mais essa etapa da minha vida.

Aos meus pais, Elmar e Marlúcia por não medirem esforços de me proporcionarem o acesso à Educação, muito além do que eles mesmos tiveram.

Às minhas irmãs, Láisa e Larissa, que sempre me incentivaram na caminhada, e especialmente a Larissa, que esteve lado a lado, me auxiliando em todas as fases do mestrado.

Ao meu filho, Lucas Eduardo, pela presença alegre e carinho constante que me acalentaram nos momentos difíceis. E demais amigos e familiares que sempre torceram pelo meu sucesso.

E não posso deixar de mencionar minha avó paterna Adelina que durante esses dois anos se fez tão presente, onde pude acompanhá-la nos seus últimos dias de vida, ouvindo suas histórias de lutas e me mostrando o sentido da vida. Agradeço a ela por todo amor e carinho recebido.

À minha professora e orientadora Marília Veronese, pelo exemplo de dedicação e humanidade, por me fazer compreender sobre outras lentes as questões sociais e de gênero que tanto me identifico. A sua compreensão e apoio foram essenciais para a conclusão desse trabalho, meu muito obrigada!

“Para mudar o mundo precisamos mudar a forma de nascer”. Michel
Odent

RESUMO

O estudo objetivou identificar o que as evidências científicas nacionais retratam sobre a configuração dos processos de decisão sobre a via de parto no Brasil, de modo a contribuir com a produção do conhecimento acerca do que ocorre nas maternidades, sejam elas públicas ou privadas. Para isso, desenvolveu-se uma revisão integrativa de literatura, baseada em estudos realizados acerca do processo de decisão da mulher na escolha da via de parto, conforme as etapas preconizadas por Whittmore e Knafl (2005). A busca e seleção dos estudos ocorreram nas bases de dados LILACS, MEDLINE e Web of Science. Em relação aos resultados, foram incluídos nesta RI 18 artigos, tendo sido feito um agrupamento dos estudos quanto aos tipos de pesquisas, bem como uma categorização temática dos seus conteúdos. O ano das publicações variou entre 2013 e 2021, sendo que a maioria dos autores são da área da enfermagem. A urgência da mudança no cenário do parto, seja ele de qual tipo for, se faz necessária para favorecer o empoderamento das mulheres, para que nesse momento ela não precise lutar, brigar por seus direitos; que esse cenário de autonomia materna seja garantido nas maternidades públicas e privadas. O modelo tecnocrático e hierárquico é hegemônico, sendo que a saúde física e psicológica das mulheres não é o mais relevante nesse modelo. Para os profissionais de saúde, esta pesquisa poderá despertar reflexões acerca das boas práticas no cotidiano dos serviços, apontando lacunas a serem preenchidas com o aprimoramento das condutas, cujo atendimento é desafiador nas condições institucionais postas.

Palavras-chave: Saúde das Mulheres; Parto; Autonomia; Processo de decisão.

ABSTRACT

The study aimed to identify what the scientific evidences reveals about the configuration of decision-making processes regarding the type of birth delivery in Brazil. We expect to contribute to the production of knowledge about what happens in maternity hospitals, whether public or private. For this, an integrative literature review was conducted, based on studies carried out on the topic of woman's decision-making process in choosing the type of birth delivery, according to the steps recommended by Whitemore and Knafl (2005). The search and selection of studies took place in the LILACS, MEDLINE and Web of Science databases. Regarding the results, 18 articles were included in this IR, having been gathered according to the types of research, as well as a thematic categorization of their contents. The year of publications ranged between 2013 and 2021, and the majority of authors are from the nursing field. The urgency of changing the birth scenario, whatever it is, is necessary to promote the empowerment of women, so that at this very special moment they do not have to fight, for their rights. Maternal autonomy should be guaranteed in public and private maternity hospitals. The technocratic and hierarchical model is hegemonic, and the women's physical and psychological health is not the most relevant in this model. For health professionals, this research may arouse reflections about good practices in the daily routine of services, pointing out gaps to be filled with the improvement of conducts, whose care is challenging in the institutional conditions put in place.

Key-words: Women's health; Autonomy; decision process; Parturition.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Diagrama do fluxo da seleção dos artigos | 43 |
|---|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Mapeamento de descritores utilizados nas bases de dados | 42 |
| Quadro 2 - Distribuição das publicações quanto ao ano de publicação, título, autoria, delineamento de pesquisa, periódico, área de pesquisa, local de estudo, Instrumento para a coleta de dados, e população participante. | 48 |
| Quadro 3 - Resumo dos fatores facilitadores e impeditivos do exercício da autonomia das mulheres..... | 60 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO | 14 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 21 |
| 2.1 Interseccionalidade | 21 |
| 2.2 Conceitos de autonomia e heteronomia | 23 |
| 2.2.1 Direito à autonomia | 24 |
| 2.2.2 Legislação e políticas públicas que amparam a autonomia da mulher | 25 |
| 2.3 A medicalização do parto | 28 |
| 2.4 A Busca por modelos mais autônomos para as mulheres | 31 |
| 2.5 Parto e Autonomia | 35 |
| 3. OBJETIVOS | 39 |
| 3.1 Objetivo Geral | 39 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 39 |
| 4 MATERIAL E MÉTODO | 40 |
| 4.1 1ª Etapa: identificação do problema | 40 |
| 4.2 2ª Etapa: busca na literatura | 41 |
| 4.3 3ª Etapa: avaliação dos dados | 44 |
| 4.4 4ª Etapa: análise dos dados | 45 |
| 4.5 5ª Etapa: apresentação | 46 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 47 |
| 5.1 Resultados e discussão das categorias temáticas | 59 |
| 5.1.1 Fatores facilitadores e impeditivos do exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de decisão da escolha da via de parto | 59 |
| 5.1.2 Processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres. . | 74 |
| 5.1.3 Atores que influenciam na tomada de decisão da via de parto pela mulher | 77 |
| 5.2 Questões limitadoras | 80 |
| 6 CONCLUSÕES | 83 |
| REFERÊNCIAS | 88 |
| APÊNDICE A - BASE DE DADOS E RESPECTIVOS DESCRITORES | 100 |
| APÊNDICE B – ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA | 102 |

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação aborda a dimensão da autonomia – sempre relativa e sujeita a limitações - das mulheres na escolha da via do parto. Observa-se que, predominantemente no final da gestação, um ‘falso dilema’ se coloca quanto à escolha do tipo de parto; mais adiante, veremos o porquê de considerarmos falsa essa ‘necessidade de escolha’.

Como mulher, mãe e enfermeira, e agora pesquisadora das Ciências sociais, me vejo totalmente envolvida na temática, uma vez que fui vítima da medicalização do parto. Apesar da minha formação da área da saúde, fui fortemente influenciada e levada ao parto cesáreo; me deixei levar pelo meu medo da dor e minha capacidade de parir foi subestimada, para elegerem o procedimento cirúrgico por mim. Me vi totalmente vulnerável na hora do parto, num ambiente frio e sem qualquer empatia comigo e com meu filho. Lá, daquela maneira, sem poder modificar nada, parecia que tudo aquilo era um castigo dado a mim, devido a minha gravidez não planejada. Enfim, quem pare um filho jamais se esquece e me senti implicada com o tema. Entrar nessa causa, estudar essa problemática, faz parte do meu processo de formação, ou melhor, de transformação como pessoa, como profissional e como mulher, visando contribuir com novas realidades nesse campo da experiência das mulheres.

E minha inserção como enfermeira dentro do campo da pesquisa, proporciona um olhar holístico para com as questões sociais aqui debatidas, pois a enfermagem atua com o indivíduo e coletividade, enxergando e reconhecendo as influências entre ambos.

O estudo e a pesquisa nessa temática me levaram a uma reflexão profunda sobre os episódios pessoais. Aprendi que, além de acontecimentos meramente biológicos, o gestar e o parir são também construídos por processos de uma complexidade singular, com especificidades sociais que ilustram valores culturais de uma pessoa, inserida em aspectos políticos e econômicos.

A partir de meados do século XIX até o século XXI, ocorreram importantes mudanças relacionadas ao parto, que incluem o responsável por sua condução e a via de parto, que pode ser vaginal ou cirúrgica, abdominal (CAMARA, 2000; SENA, 2016; SEIBERT et al., 2005; RATTNER; AMORIM; KATZ, 2013).

Entre as maneiras de parir, o parto normal se caracteriza como um evento fisiológico, que acontece de forma espontânea, sem interferência quanto a seu início

e progressão, caso em que não há necessariamente a utilização de anestésias ou métodos cirúrgicos para a saída do feto (BRASIL, 2016). A outra via de nascimento é a cesariana, procedimento cirúrgico com corte abdominal, realizado por profissional ginecologista-obstetra e que tem como finalidade intervir quando há riscos à saúde da mãe e/ou do filho. Deve ser indicada apenas em casos específicos e por motivos clínicos consistentes (AMORIM, 2010; SILVA et al., 2020).

A busca por justiça social e liberdade no campo da saúde sexual e reprodutiva ainda é um desafio para as mulheres. “A temática autonomia tem sido incluída com fóruns sociais e científicos acerca da humanização do parto e nascimento e das políticas para mulheres no país” (PEREIRA; BENTO, 2011, p.472). Entretanto, a autonomia ainda depende de condições econômicas, sociais e culturais (LEÃO et al., 2013).

Assim, conforme Leão et al. (2013, p. 2399).

Considerando que a autonomia é imprescindível no exercício do direito à saúde e que a mulher deve participar ativamente das decisões sobre seu processo de gestação e parto, torna-se imprescindível a implementação de políticas e estratégias de promoção e ampliação da autonomia das mulheres.

Diante do que foi exposto, caberia indagar: Quais as razões da perda de autonomia da mulher brasileira acerca de seu trabalho de parto? Se as políticas públicas, no papel, asseguram a escolha da mulher, por que em sua maioria isso não se concretiza? Existe parto normal a pedido ou isso se aplicaria apenas a cesárea?

Este trabalho parte da ideia de que o número excessivo de cesáreas no Brasil é justificado por vários fatores, sendo um deles a **falta da autonomia da mulher na escolha da via de parto**. A heteronomia da mulher dentro do ambiente hospitalar é permeada pela medicalização e supervalorização do modelo biomédico. E, certamente, a heteronomia da mulher dentro do cenário atual da assistência obstétrica está ligada à questão mais ampla das relações de gênero.

Assim, o campo empírico nos levou a querer discutir sobre o processo de decisão da mulher na escolha do parto no modelo de saúde brasileiro. Não temos a intenção de tornar esse trabalho uma reivindicação a favor do parto normal ou contra a cesárea, mas sim elucidar como anda a autonomia da mulher quanto a essa decisão, de quem parte a tomada de decisão e se suas vontades e particularidades são (ou não) respeitadas pelos profissionais que a assistem. Fundamentar essa discussão nos parece um desafio relevante à compreensão pelo viés das ciências sociais.

Como é colocado por Müller, Rodrigues e Pimentel (2015, p.278) que “apesar de situadas na área da saúde, essas produções trazem um forte recorte sociológico e tensionam o uso da técnica como estratégia de poder e manutenção da dominação sobre os corpos das mulheres”.

Ribeiro (2019, p.176) retrata que “os potenciais efeitos iatrogênicos derivados do uso abusivo de tecnologias exigem análises consistentes, que poderão ser abordados adequadamente com a colaboração entre cientistas sociais e profissionais de saúde”.

Em um dossiê da revista Civitas, intitulado “Partos, maternidades e políticas do corpo”, Rosamaria Giatti Carneiro e Fernanda Bittencourt Ribeiro (2015) reforçam a “efervescência social” sobre o parto e outras questões relacionadas à maternidade. Relatam também que abordagens feitas pelas Ciências Sociais tendem a contribuir com as leituras das Ciências da Saúde, que têm estudos mais desenvolvidos no tema, mas nem sempre em perspectiva crítica e reflexiva. A produção científica nessa área ainda não é quantitativamente relevante, sendo que nas duas últimas décadas é que esse tema começou a ser mais evidenciado.

Para desenvolver nossa hipótese, realizamos uma revisão integrativa de estudos brasileiros, em virtude de a assistência obstétrica prestada no Brasil ter suas particularidades, como por exemplo a assistência gratuita prestada pelo Sistema Único de Saúde.

Para Whitemore e Knafl (2005, p.552)

Revisões integrativas sistemáticas e rigorosas têm o potencial para apresentar uma compreensão abrangente dos problemas relevante para a saúde e a política. As revisões integrativas incluem diversas fontes de dados que melhoram um entendimento holístico do tema de interesse.

Na revisão teórica, utilizamos como base autoras e autores que problematizam esse dilema, como Diniz (2005), Zorzam e Cavalcanti (2016), Müller, Rodrigues e Pimentel (2015) Domingues et al. (2014), Cursino (2020), Scavone (2001), Rattner, Amorim e Katz (2013), Lansky et al. (2019), Amorim (2010), Sena (2016), Camara (2000), Tornquist et al. (2004), Carneiro (2015), Leão et al. (2013), Crenshaw (2002), dentre outras. Esses trabalhos se dedicam a estudar a assistência dadas as mulheres no parto, e sobre toda a estrutura social, política e econômica que se encontra vinculado a essa questão.

Após a contextualização temática introdutória, em seguida será apresentada parte da literatura que discorre sobre o processo de decisão da mulher na escolha da via do parto e sua respectiva (possível) autonomia. Num primeiro momento, iremos aprofundar na temática da medicalização do parto, a busca pela autonomia da mulher, e a autonomia da mulher no parto. E após, os objetivos e metodologia e análise dos estudos selecionados.

Segundo pesquisa feita por Alexandre et al. (2013), “a questão da “decisão”, “escolha” ou “preferência” do modo de parir e nascer no Brasil ainda tem muitas lacunas, pois diversos estudos apresentam foco nas questões clínicas e/ou cirúrgicas do parto. Poucos partem de preocupações mais sociológicas e antropológicas; dedicam-se a discutir acerca da “decisão”, “escolha”, “preferência” ou “opinião” de mulheres e de profissionais no que diz respeito à via de parto, problematizando essa questão delicada.

1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

O trabalho de parto inserido na assistência hospitalar se caracteriza pela utilização de tecnologias e procedimentos por vezes invasivos, com a suposta finalidade de torná-lo mais seguro. Em contrapartida, leva à caracterização de um modelo que considera a gestação, o parto e o nascimento como adversos e não como expressões de saúde. A apropriação do saber médico, nessa área, culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino e de certa forma com a perda da autonomia da mulher. O parto, antes, era um evento familiar, geralmente realizado por outras mulheres (parteiras), e passou para o domínio do médico (a princípio, geralmente homens) (BRASIL, 2004).

Segundo a ex-coordenadora da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Esther Vilela (AMORIM, 2015)

Os riscos de uma cirurgia cesariana desnecessária são: Risco aumentado de infecção, maior risco de hemorragia, risco do ato anestésico ou morbidade pela anestesia e os riscos em longo prazo de aderência, de acretismo placentário que é a placenta grudar no útero e placenta prévia e de endometriose.

A médica ginecologista e obstetra alerta que são também inerentes à cesárea, principalmente nas cesáreas de repetição, risco aumentado para o próximo parto e

problemas com a fertilidade. Esther Vilela afirma ainda que o parto cirúrgico traz riscos para o estabelecimento do vínculo da mãe com o bebê: "Porque uma cesariana dificulta o vínculo inicial mãe e bebê, dificulta a descida do leite, o contato pele a pele na primeira hora e a amamentação. Então, ela tem mais risco de ter problemas na amamentação e no vínculo mãe e bebê, riscos maiores de ingurgitamento mamário."

Por isso afirmamos que se trata de um falso dilema. Se o risco das cirurgias é maior do que os do parto natural, por que a mulher teria de escolher entre eles? A cesariana não deveria ser apenas utilizada em caso de indicação precisa? Num modelo de cuidado baseado em evidências (podem ser citados Nova Zelândia e Inglaterra), o parto seria natural, a não ser que houvesse uma indicação precisa de cirurgia, caso em que a cesárea passa a ser aquilo para o que foi desenvolvida: intervenção cirúrgica para salvar vidas (AMORIM, 2010). Ou seja, ela escolhe a cesárea, geralmente, porque não sabe dos riscos aumentados. E os médicos não falam porque preferem agendar cesáreas em suas agendas planejadas, e não ter de passar horas atendendo a um parto normal, por vezes durante a madrugada.

Com base nos dados coletados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, as cesarianas corresponderam a 56,3% (1.604.189) dos partos ocorridos no país no ano de 2019. Os Partos vaginais a 43,6% (1.243.104), e outros modos de nascimento ignorados 0,06% (1.853), e quando vemos esse modo de nascimento ignorado preenchido com quase 2 mil nascimentos, evidenciamos claramente a existência de falhas nesse processo de sistema de informação.

O Brasil é conhecido como um dos países que mais realizam partos cirúrgicos, correspondendo a mais da metade dos nascimentos, situação que induz a uma reflexão sobre a "cultura da cesárea" no país. Principalmente dentro da rede suplementar de saúde (planos privados) índice de cesárea é muito alto, chegando a 85% e nos hospitais públicos varia em torno de 40% a 55% (BRASIL, 2016). Não se trata apenas de tirar o protagonismo da mulher, mas de colocar a saúde das mulheres e recém-nascidos em riscos desnecessários.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a taxa ideal de cesárea, quando ela realmente salva vidas, é de 10% a 15%, e ainda refere que:

Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal". Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em

Fortaleza, no Brasil, e que diz: “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15% (WHO, 2018, p.2).

Ou seja, a cada 100 partos, apenas cerca de 15 vão realmente precisar de desfecho cirúrgico. A trilogia de filmes intitulada “O Renascimento do parto”, de produção brasileira, tendo estreado em agosto de 2013 sob a direção de Eduardo Chauvet e roteiro de Erica de Paula, retrata a grave realidade obstétrica mundial e, sobretudo, brasileira. São entrevistados diversos/as especialistas – ginecologistas, obstetras, pediatras, obstetrites, enfermeiras obstétricas – e todos/as defendem a informação e autonomia da mulher durante o parto, bem como a diminuição de sua forte medicalização. Apresenta variados depoimentos técnicos e experiências pessoais de mulheres e famílias.

Destacamos a participação de Michel Odent (médico obstetra francês, especialista em parto na água e símbolo do parto natural), Robbie Davis-Floyd (antropóloga, especialista em antropologia da reprodução), Daphne Rattner (médica epidemiologista, com doutorado pela Universidade da Carolina do Norte e docente da Universidade de Brasília, coordenadora executiva da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), Naoli Vinaver (antropóloga, doula e parteira mexicana), Melania Amorim (feminista, médica ginecologista e obstetra, pesquisadora, ativista dos direitos sexuais e reprodutivos e consultora da OMS para as diretrizes de saúde reprodutiva) que muito contribuíram sobre o tema com seus estudos e pesquisas. Essas e esses profissionais da saúde defendem a importância da assistência ao parto de qualidade, visando todos os envolvidos nesse processo, principalmente a mulher; e destacam o quanto a cesárea sem indicação causa prejuízos na sociedade como um todo, prejudicando na meta de queda das taxas de mortalidade materno-infantil.

Velho (2014) destaca que “tais práticas resultam em transformar mulheres em parturientes fragilizadas e incapazes, acreditando que necessitam de auxílio para alcançar o nascimento de seu/sua filho/a, negando sua própria capacidade de parir”, fazendo as mulheres acreditarem em suas premissas falaciosas de que a cesárea é melhor para ela e o bebê.

Para que ocorra o “renascimento” do parto, faz-se necessário romper com esse modelo de atenção obstétrica hegemônico no Brasil; permitir que o corpo, durante a parturição e enquanto unidade fisiológica e cultural, se expresse por meio da liberação de ocitocina; diminuir a segregação entre mãe e filho que a cesariana provoca e devolver a autonomia da mulher, melhorando a formação de vínculos afetivos entre usuárias, recém-nascidos, família e profissionais de saúde, tornando esse evento vital menos negativo

e considerando a compreensão complexa de que ele é integrante da vida sexual, emocional e social da mulher (GOMES et al., 2018, p. 2748).

Em seu blog *Estuda, Melania, estuda!* Criado com objetivo de popularização da ciência, Melania Amorim discorre veementemente sobre a necessidade de uma reforma na assistência obstétrica brasileira, e comprova através de suas pesquisas o quanto a prática da medicina baseada em evidências se faz necessária para desmistificar a incapacidade das mulheres para gerir o processo de seus partos (AMORIM, 2019).

Em uma de suas publicações em seu blog, denominada “O BRASIL NÃO É A REPÚBLICA DA CESARIANA” reforça que “o combate à perda da autonomia das mulheres na cena de parto não se resolverá com cesarianas agendadas”.

Não resta dúvida que deve ser respeitado o desejo daquelas mulheres que optam por cesariana tanto quanto aquelas que desejam um parto normal[...]. Deve-se focar o enfrentamento da apropriação dos seus corpos durante a formação e atuação dos profissionais de saúde. Essa apropriação tem raízes profundas na nossa sociedade e foi historicamente construída pautando a assistência ao parto como um evento médico-centrado. O preconceito social, de gênero, de cor e de identidade sexual está presente nas relações de poder, e seu enfrentamento é difícil, mas mandatário na busca de uma atenção à saúde da mulher de qualidade. Nós desejamos políticas públicas que garantam dignidade, segurança e real autonomia da mulher no momento do parto (AMORIM, 2019).

Com todas as alterações realizadas no cenário do parto ao redor do mundo, com a carga de intervenções tecnológicas cada vez maiores, que desprezam a fisiologia humana (hormônios sintéticos como rotina, episiotomias de rotina, monitoramento fetal constante, posição de litotomia etc.), Robbie Davis-Floyd, em 2001, identificou três categorias de modelos de atenção: o tecnocrático, o humanista e o holístico. Contudo, mesmo analisando a sociedade americana, ela ressalta que esta pode ser estendida a toda parte influenciada pela medicina ocidental, como é o caso do Brasil, onde a antropóloga também faz pesquisas (DAVIS-FLOYD, 2001).

Neste contexto, a autonomia de decisão e escolha da mulher sobre a via de parto é influenciada por questões socioculturais, nas quais o medo e a dicotomia parto normal x cesárea exercem grande influência. O surgimento desses fenômenos se dá a partir da disseminação do modelo biomédico (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Para a doutora em saúde coletiva Ligia Moreiras Sena (2016, p. 124):

[...] analisando do ponto de vista da história da apropriação do parto pela medicina e do processo de medicalização do corpo da mulher, especialmente

sua gestação e parto, é possível considerar que a perda da autonomia é anterior. É o processo de medicalização, aliada à questão de gênero, anteriores ao evento de gestar e parir, que colocam a mulher no papel de um sujeito dependente de cuidados heterônomos e, portanto, incapaz de exercer sua autonomia e decidir por si. Daí para a ocorrência de tratamento desumanizado e intervenções em cascata é consequência.

Ao pensar na lógica de que a mulher é dona do seu próprio corpo, seria ela também dona do seu parto, cabendo a ela tomar a decisão sobre qual via de parto seria melhor para si, orientada com clareza por profissional qualificado/a. Grande parte das nossas escolhas é baseada em nossa vivência e particularidades que cada um carrega em si. Mas para que toda pessoa tome uma decisão, ela precisa receber informações esclarecidas sobre riscos e benefícios de cada procedimento, e caso haja dúvidas, que ela possa contar com familiares e profissionais para auxiliá-la.

Todavia, quando a mulher tem sua autonomia subjugada ou anulada por caracteres de cunho biopsicossociocultural, torna-se a partir daí um problema social, de classe, de raça e de gênero, pois em nenhum momento ter essas ou fazer parte dessas especificidades, as desabilitam de ter seus direitos preservados (FIGUEIREDO, 2010).

Estudos relatam que a maioria das gestantes têm preferência pelo parto normal; contudo, a falha da atenção prestada e a indução interpessoal contribuem para que a maioria “escolha” a cesárea, ao final. A medicina, como corporação privada, preza o lucro e este será maior se o agendamento prévio das cesáreas possibilitar a otimização dos recursos hospitalares. Um médico pode agendar várias cesáreas em um dia; um parto normal, ao contrário, pode durar 12 horas. Aponta-se, portanto, o fator econômico como um dos que leva os profissionais a induzir suas clientes para a opção cirúrgica (AMORIM, 2010). O despreparo para o parto normal intervém diretamente em aspectos emocionais da parturiente, fazendo com que sua autoconfiança diminua e ela delegue para os profissionais a tomada de decisão (WEIDLE et al., 2014; LEAL et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2018).

Com isso, a oportunidade de livre escolha (sempre demarcando que elementos como liberdade e autonomia são relativos, nunca absolutos) não é ofertada para todas as mulheres, visto que as que usufruem das instituições privadas são induzidas e amedrontadas para que optem pela cesárea agendada pelos obstetras, com o único objetivo de aumentar a margem de lucro para o mercado hospitalar. E nas instituições

públicas, as vezes nem consultadas são sobre a via de parto a que serão submetidas: o plantonista decide e assim ela deve acolher (SENA, 2016; LEAL et al., 2014).

A prática clínica sem evidências científicas, a falta de transparência e autonomia na tomada de decisões nas relações profissionais e institucionais com as mulheres atendidas, promove a banalização de procedimentos não recomendados, que passam a ser utilizados de forma natural (LANSKY et al., 2019; AMORIM, 2010).

Para adiante dos motivos psicológicos e socioeconômicos, que fazem com que as mulheres decidam – ou a considerem compulsória - pela a maternidade, ou ainda, dos valores ideológicos e políticos que fomentam o ideal de sua realização, sempre estará em questão seu significado social. Este significado mostra que, apesar das inúmeras mudanças ocorridas na situação social das mulheres, a maternidade as consome muito e revela uma face importante da lógica da razão androcêntrica (SCAVONE, 2001; RATTNER; AMORIM; KATZ, 2013).

Empoderar as mulheres quanto à suas escolhas, oferecendo cuidados baseados em evidências são estratégias para cultivar o parto respeitoso, principalmente para reduzir desigualdades de acesso a um cuidado humanizado e adequado (LEAL et al., 2014; SENA, 2016).

Diversos profissionais e instâncias da sociedade vêm se envolvendo num movimento a favor da mudança da assistência obstétrica no Brasil, cuja derivação vem de variadas críticas, crescentes em diferentes grupos sociais, no sentido de valorizar e a humanização do parto e nascimento, dando ênfase a autonomia das mulheres, respeitando seus aspectos emocionais envolvidos no processo reprodutivo (DOMINGUES et al., 2014; DINIZ, 2005).

Cursino (2020) comenta que é predominante a insatisfação das mulheres com o modelo obstétrico vigente, uma constante busca por informações acerca do tema e o desejo de autonomia sobre seus corpos neste momento que permeia a gestação, o parto e o nascimento.

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

filhos e demais familiares. Tais ações almejavam diminuir a mortalidade materna (BRASIL, 2004).

Com o passar do tempo, na virada do século XX para o XXI, a assistência humanizada passa a ser tida como o principal fator para reduzir a mortalidade materno-infantil. De maneira descentralizada, surge então o movimento pela humanização do parto no Brasil, com iniciativas em diversos estados brasileiros, todas com objetivo de ressignificar a assistência dada às mulheres. Variados sujeitos sociais entram em discordância em relação a assistência ao parto, no sentido de estabelecer um novo modelo de assistência, direcionado tanto por mais respeito à evidência científica, quanto pela maior promoção dos direitos reprodutivos da mulher (DINIZ et al., 2015).

Mesmo com as políticas públicas nacionais se modificando para incentivar o protagonismo e autonomia delas no momento da gestação e parto, nota-se ainda uma carência no sentido do atendimento de acordo com as especificidades culturais que cada uma traz consigo (MÜLLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015).

Faz-se essencial que durante toda a assistência à saúde da mulher, especialmente durante o pré-natal e parto, ela conheça os direitos reprodutivos femininos. Esses direitos se agrupam em quatro pilares: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade, sendo a partir deles que são fundamentas as preconizações pelo poder público, visando sempre o cumprimento e respeito aos direitos humanos (ZORZAM; CAVALCANTI, 2016).

A seguir, abordaremos alguns construtos teóricos que podem auxiliar a compreender como as mulheres são subtraídas em seus direitos de autonomia no processo gestação-parturição-puerpério. Certamente, os diversos marcadores sociais (classe, raça-etnia, orientação sexual-identidade de gênero, idade etc.) têm influência nas relações que as mulheres estabelecem com os sistemas de atenção à saúde. Por isso, o primeiro conceito abordado será o de interseccionalidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Interseccionalidade

O conceito de interseccionalidade tem ganhado bastante espaço nas discussões dentro das ciências sociais e políticas, sendo um norte para os movimentos sociais ligados à equidade e à justiça. Como consideramos que a autonomia (sempre relativa, mas importante) da mulher diante do seu processo de gestar e parir é caso de justiça e equidade, inserimos a categoria da interseccionalidade nesta revisão.

A interseccionalidade surge em meio aos movimentos feministas negros. A jurista estadunidense, defensora de direitos civis Kimberlé Crenshaw, foi a mulher que cunhou o termo interseccionalidade, sendo que a estudiosa assinalou este termo após presenciar a história de uma mulher que foi vítima ao mesmo tempo de discriminação racial e de gênero.

Crenshaw (2002) ao estudar as relações de poder, percebeu que muitos grupos sociais podem ser discriminados por mais de um motivo; por exemplo, pela raça, gênero, orientação sexual, classe, crenças etc. Assim, quando se tem a junção de dois ou mais aspectos de discriminação, temos uma intersecção de discriminações, que vem a criar empecilhos adicionais à equidade. Assis (2019) traz a interseccionalidade não como um conceito, mas como uma experiência concreta, datada.

Em consoante às ideias de Crenshaw (2002), Akotirene (2019, p. 14) afirma que “a interseccionalidade permite-nos enxergar a colisão das estruturas, a interação simultânea das avenidas identitárias”. Isto é, nos permite analisar as facetas sociais de aspectos que constituem os indivíduos.

Para Crenshaw (2002, p. 177) a interseccionalidade vem a tratar especialmente da “forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras”. Desta maneira, a interseccionalidade vem mostrar o modo como políticas e ações sociais podem gerar opressões que permeiam por tais sistemas discriminatórios.

Conforme Collins e Bilge (2021), há diversas formas de compreender este termo. Segundo os autores, há uma heterogeneidade para caracterizar seu

entendimento; cada ator social irá defini-la conforme sua própria compreensão. Os autores, de forma ampla e genérica, definem a interseccionalidade como:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedade marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categoriais de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária-entre outras- são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humana (COLLINS; BILGE, 2021, p. 15).

As relações de interseccionalidade podem ser, por muita das vezes, invisíveis, mas podem afetar sobremaneira aspectos do convívio social. A interseccionalidade é utilizada para debater diversas questões e problemas sociais. De acordo com Collins e Bilge (2021), a interseccionalidade elucida seis ideais centrais: o contexto social, a justiça social, a desigualdade social, a complexidade e as relações de poder interseccionais.

O que podemos observar em meio a essas ideias centrais é que o sujeito é indivisível nas situações, ou seja, as opressões o/a atingem de forma conjunta, reforçando continuamente as desigualdades sociais. A partir disto, que Mello e Gonçalves (2010, p.6), afirmam que a interseccionalidade é analítica, pois “permite ler e interpretar a realidade para melhor atuar sobre ela visando a sua transformação”.

Conforme Crenshaw (2002), existem diversos motivos pelos quais as subordinações interseccionais não são abordadas pelos pensamentos habituais de segregação de raça ou gênero. Para a autora:

A discriminação interseccional é particularmente difícil de ser identificada em contextos onde forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, de forma a colocar as mulheres em uma posição onde acabam sendo afetadas por outros sistemas de subordinação (CRENSHAW, 2002, p. 176).

A interseccionalidade das opressões, como fenômeno, é bastante comum, e pode passar por despercebido nas estruturas sociais; o efeito disto é visto nas manifestações de preconceito e na naturalização da desigualdade.

Como na área da saúde, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro, a saúde deve assistir à população de forma universal, com equidade e integralidade, questiona-se o quando ainda precisamos avançar para concretizar

esses princípios. Com a interseccionalidade das desigualdades de classe, raça e gênero, muitos grupos são discriminados; sendo assim, a necessidade de criação de políticas públicas específicas que possam atender os que são tratados de forma desigual é urgente. A compreensão da categoria interseccionalidade pode ajudar as/os formuladoras/es de políticas nessa direção.

2.2 Conceitos de autonomia e heteronomia

Os conceitos de autonomia e heteronomia estão envolvidos diretamente com a ideia de sujeito e subjetividade. Como sugere a filosofia de Kant, propõe-se que os sujeitos sejam ‘donos de si’, perspectiva em que ser moral é ser autônomo (BRESOLIN, 2013).

No contexto semântico, a autonomia é uma palavra de origem grega, composta pelo adjetivo autos que significa “por sim mesmo”, e pelo adjetivo nomos que significa “lei” e “uso”. Assim, a palavra autonomia refere-se à capacidade de o ser humano ter e seguir suas próprias leis. Vê-se logo que este é um conceito abstrato, posto que na prática ninguém pode governar-se de modo totalmente autônomo, pois estamos sujeitos a obstáculos de toda a ordem: sociais, econômicos, familiares, profissionais, legais, governamentais etc (BASTOS; SILVA; BERALDI, 2009; BRESOLIN, 2013; SEGRE et al., 2009).

Nas ciências filosóficas, a autonomia, conforme Segre et al. (2009, p. 3) “indica a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter”, mas mesmo com essa definição, segundo os autores, o entendimento de autonomia é ambíguo, pois tem diversos sentidos dentro das diferentes culturas. Já no sentido ético, o qual é de maior interesse neste texto, a noção de autonomia repercute entre os temas de normas e liberdades.

A autonomia é uma peculiaridade dos sujeitos, que de forma autônoma optam por tomar determinadas decisões, escolher valores e normas. Ela está ligada à liberdade individual (SEGRE et al., 2009). Quando falamos em autonomia no âmbito deste trabalho, trata-se de uma relativa autonomia, exercer o direito de escolha sobre um processo natural de seu próprio corpo.

Já o conceito de heteronomia está ligado à ausência de autonomia; heteronomia vem da junção das palavras gregas heteros e nomos, em que heteros

significa “diversos”, e nomos como já falado significa “lei”, assim heteronomia é a sujeição do sujeito à vontade de outros (BONAMIGO, 2006; SEGRE et al., 2009).

A heteronomia pode ser entendida como a condição de pessoa ou de grupo que receba de um elemento que lhe é exterior, ou de um princípio estranho à razão, a lei a que se deve submeter (BONAMIGO, 2006). Marchi e Sztajn (2009), completam ao dizer que a heteronomia pode ser desconcordante com a ética, mas vai de acordo com o direito. Assim podemos compreender que a autonomia é o contrário da heteronomia.

2.2.1 Direito à autonomia

Pudemos ver, na seção anterior, que a autonomia se refere à capacidade de decidir por si próprio/a, mas para a efetivação da autonomia necessita-se de coerência entre a sociedade e o indivíduo; desta forma, a autonomia depende de fatores externos ao indivíduo como as leis, a cultura, a política e a instituições (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Para Campos e Campos (2006), a autonomia está ligada à forma que o sujeito age com sua rede de dependências, a forma como consegue lidar com as limitações da autonomia. Assim, os autores introduzem sobre a relação entre a autonomia e o poder, que está relacionado com a forma que o sujeito consegue encarar os sistemas de poder a fim de estabelecer um contexto democrático e gerador de bem-estar em suas experiências e relações.

Ao longo da história humana, foram elaboradas leis, tanto jurídicas como morais, com a finalidade de garantir o exercício da autonomia. Contudo, nos deparamos com muitos grupos ou sujeitos sociais que não usufruem desta mesma autonomia. Como nas sociedades patriarcais, em que os homens se estabelecem sobre as mulheres, ou quando um único médico decide sobre a atuação de outros profissionais de saúde (CAMPOS; CAMPOS, 2006). Assim, a autonomia se torna uma questão de ordem política, materializada nas relações de poder e subordinação.

Como apontam Campos e Campos (2006, p. 4) “A política deveria ser (e é, ainda que às vezes não consigamos apreciar este fato) ponto de criação e de regulação da autonomia”. Percebemos neste trecho a crítica trazida pelos autores, sobre a influência da política na efetivação da autonomia. Campos e Campos (2006, p.6) em seu estudo, afirmam que “a autonomia plena não existe”.

Não há, portanto, autonomia suficiente para resolver as mazelas mundanas que são claramente nocivas ao bem comum. Então, indaga-se, de qual autonomia estamos de fato usufruindo? Ou seja, a autonomia é uma proposição, um desejo, um horizonte, e na prática se exerce apenas parcialmente, a depender dos contextos.

Sobre a autonomia no âmbito hospital, Marchi e Sztajn (2009, p. 3) nos atém que:

Autonomia em saúde é o poder que tem o usuário de decidir que profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceita ou admite, seja por razão de credo ou não, determinando os seus interesses, que exerce de forma independente. Funda-se no respeito à pessoa humana, à individualidade, implicando no direito à escolha, à manifestação de vontade. Se a escolha de cada pessoa é decorrente do exercício de sua autonomia, uma pessoa não tem o direito de impor sua vontade a outrem.

E quando falamos de autonomia na saúde, falamos de um direito garantido por lei, sendo assim dever de todos os usuários reivindicar o seu direito. É fato que nos últimos anos a saúde brasileira, com a criação do SUS, ampliou de forma acentuada o acesso à saúde. Mas é válido questionar qual o nível de qualidade e qual a autonomia de escolha de atendimentos os cidadãos efetivamente têm.

É necessário compreender que as pessoas têm direito de aceitar, ou não, o que profissionais da saúde exercem em seus espaços, e que nem sempre coincidem com as necessidades ou desejos das pessoas. Essa construção é um processo sociopolítico e educacional dinâmico. É um processo de natureza complexa que deve ser avaliado continuamente para que recursos tenham aproveitamento efetivo e satisfatório para os envolvidos (BASTOS; SILVA; BERARDI, 2009, p.7).

Se concluímos que autonomia absoluta não existe, podemos dizer que existe atendimentos de saúde humanizados? Pois para humanizar é necessário escutar, atender, acolher e proporcionar a liberdade, ou seja, respeitar a autonomia dos usuários do sistema.

2.2.2 Legislação e políticas públicas que amparam a autonomia da mulher

Nunca se falou tanto sobre a desigualdade de gênero como atualmente. A desigualdade de gênero dispõe como um entrave que impede a democracia e debilita a autenticidade do poder legislativo do Estado, causando assim impacto na sociedade. Assim, é possível ter avanço na justiça pública com a abertura de possibilidades de participação social. Proporcionando a diminuição das desigualdades e o

empoderamento feminino, pois por muitos anos as mulheres foram afastadas da política e em consequência disso, hoje vivenciam a exclusão e a desigualdade de gênero (AQUINO, 2014).

Desta forma, a presença feminina nas discussões políticas é imprescindível para a consolidação de uma sociedade justa e equilibrada. Pois a descentralização do poder tende a ampliar as possibilidades e redefinir as políticas vigentes, e extinguir as desigualdades de gênero, efetivando os direitos das mulheres. Temas como a desigualdade salarial, saúde da mulher, violências, sexualidade e métodos contraceptivos são pautas da mobilização feminina pela redemocratização dos gêneros (GODINHO; SILVEIRA, 2004).

Segundo Aquino (2014), a transversalização de gênero é fundamental na elaboração das políticas públicas. A transversalização de gênero ocorre quando se considera os impactos das políticas nos gêneros, ou seja, com a transversalização se tem uma perspectiva justa quanto aos gêneros.

A inserção das questões de gênero na agenda das políticas públicas iniciou-se, lentamente, a partir da década de 1970, com o processo de redemocratização e a ampliação da participação social. Já na década de 80 registrou-se a criação do Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo (1983) e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), em 1985. Nessa mesma época, o enfrentamento à violência contra a mulher passou a ganhar destaque junto da pauta feminista, desse modo, foi em 1985 que surgiu a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, no estado de São Paulo. Com o advento da Constituição Cidadã, em 1988, conforme já vislumbrado anteriormente, garantiu-se a inclusão de uma série de dispositivos constitucionais que tiveram por finalidade dar início ao rompimento secular de discriminação e desigualdades decorrentes do sexo (AQUINO, 2014, p. 120).

Mesmo com esse lento progresso da condição jurídica das mulheres, segundo Silva (2008), teve-se marcos importantes que alteraram o Código Civil, como a Lei nº 4.121/62 que dispõe a situação jurídica da mulher casada. Foi graças a essa alteração legislativa que hoje a mulher casada tem os mesmos direitos que o seu marido.

Com alterações no Código Eleitoral de 1932, as mulheres tiveram a oportunidade de exercer os seus direitos eleitorais; por conseguinte, em 1934, a maioria feminina se igualou a masculina, aos 18 anos de idade. Sendo que desde 1824, a Constituição Brasileira já trazia o princípio da igualdade (SILVA, 2008).

Um marco importante e revolucionário foi a Constituição de 1988, que buscou trazer igualdade entre homens e mulheres. Nas palavras de Silva (2008, p. 8) “Muitas décadas se passaram até que a mulher alcançasse a liberdade de ser”. Foram

necessárias muitas pressões sociais pela igualdade de gênero para que as leis fossem alteradas (BOEL; AUGUSTINI, 2008).

A Lei Maria da Penha- Lei 11.340, a Lei do Minuto Seguinte- Lei 12.845, a Lei Joana Maranhão- Lei 12.650, a Lei do Femicídio- Lei 13.104 e a Lei Carolina Dieckmann- Lei 12.737, são exemplos de leis voltadas exclusivamente para as mulheres que as amparam quanto a discriminação.

Em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) que formulou o Plano Nacional de Políticas para as mulheres (PNPM). Esta política se orienta pelos seguintes pontos: igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, universalidades das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos, participação e controle social (BRASIL, 2005).

O PNPM foi traçado em quatro planos de ação, sendo o primeiro ligado a igualdade e autonomia no mundo do trabalho e cidadania, buscando abrir o caminho das mulheres na área econômica, o segundo é voltado para uma educação inclusiva e não sexista, o terceiro busca defender a saúde das mulheres, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, e por último traz o enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2005).

Mesmo com esses avanços, é válido ressaltar que ainda existem muitas desigualdades de gênero nas políticas e legislações públicas, em que muitas mulheres sofrem por discriminação e exclusão, especialmente as negras e pobres (daí a importância, como já mencionado, do conceito de interseccionalidade). Essa desigualdade pode afetar as mulheres em proporções distintas, como de forma emocional, física e social.

É preciso um novo olhar para se poder perceber que a “desigualdade” entre homens e mulheres em nossa sociedade se reflete em pequenas (e grandes) discriminações, em pequenas (e grandes) dificuldades enfrentadas pelas mulheres em seu cotidiano, em dificuldades de inserção no mercado de trabalho, em dificuldades de acesso a serviços, em um cotidiano penoso na esfera doméstica (GODINHO; SILVEIRA, 2004, p. 128).

Por muitas das vezes as leis que garantiriam a igualdade se tornam ineficazes, momentos em que o preconceito e a cultura patriarcal se fazem presentes, declaradamente ou disfarçadamente. As ações governamentais podem contribuir ou prejudicar a luta pela equidade de gênero, a depender de como os legisladores atuarem.

2.3 A medicalização do parto

Na história, as concepções sobre o parto sofreram mudanças importantes. Até o início do século XX, o parto era visto como um ato fisiológico, cuja prática era feita por mulheres parteiras nos domicílios das gestantes e com o mínimo de intervenção. Com o passar dos anos e as altas taxas de mortalidade materna e neonatal, o parto passou a ser algo que necessitava de mais cuidado e conhecimento técnico. Nesse sentido e com o alavancar da ciência, diz Seibert et al. (2005) que o parto foi se institucionalizando a ponto de ser referido como uma doença, exigindo assistência médica profissional em um ambiente especializado, como o hospital.

Assim, ocorreu um processo de medicalização do parto, cuja consequência foi o descuido ou mesmo a anulação da subjetividade da mulher. A medicalização de um evento natural, como o parto, tirou da mulher a sua relativa autonomia e iniciou, a partir daí, a originar vários episódios de violência contra as mulheres; assim, surgiu a denominação *violência obstétrica* (SENA, 2016).

Sendo o parto culturalmente estabelecido em nossa sociedade como um evento que necessita de assistência médico-hospitalar, focado nas intervenções clínicas, deixam-se de lado os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo de parição. As mulheres buscam, também, uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação, pois para elas é um momento único, permeado de fortes emoções, que podem deixar marcas positivas ou negativas, tornando imprescindível a qualificação dos profissionais envolvidos na atenção à gestante, a fim de garantir que a autonomia da via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante/família e a equipe de saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a primeira ação de saúde pública voltada às mulheres no Brasil foi realizada na década de 1940, com a institucionalização do parto. A partir desse processo foi permitida a medicalização e ele passou a ser vivenciado em âmbito hospitalar, se tornando um processo com a presença de diversos personagens (MOURA et al., 2007). “Esse fato favoreceu a submissão da mulher, que deixou de ser protagonista do processo parturitivo” (MOURA et al., 2007, p.453 apud OSAVA,1997).

“Evidências epidemiológicas demonstram que o Brasil vive um cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas” (LEÃO et al., 2013, p. 2399).

Segundo Leão et al (2013, p. 2397) “A consequência da contra produtividade é a perda da sinergia produtiva entre as ações de saúde autônomas”.

A intensa medicalização é um dos fatores causadores da anulação da autonomia relativa da mulher, no parto. O excessivo uso da cesariana é um exemplo e, após muitos anos usando essa prática, instaurou-se no Brasil uma cultura pró-cesárea (BRASIL, 2004).

“A medicalização influenciou a capacidade da mulher de enfrentamento autônomo da experiência de parir, gerando dependência excessiva, heteronomia e um consumo abusivo e contra produtivo de cesarianas” (Leão et al., 2013, p. 2397).

O Ministério da Saúde (2001, p. 8) abre uma discussão sobre a medicalização da assistência no parto:

Estudos já comprovaram que a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea. É preciso levar em conta um fator muito debatido: quem é o protagonista da cena do parto? A mulher-parturiente está cada vez mais distante desta condição: totalmente insegura, submete-se a todas as ordens orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir.

Em Foucault (1992), percebemos que o corpo é sempre alvo de múltiplas interpretações, e a percepção de um corpo depende da forma como ele é visto. Entretanto, Rodrigues (2003, p. 112) nos mostra que “este ‘olhar’ não depende de um sujeito específico, mas de uma ‘estrutura’, de uma relação de olhares”. Assim, a forma como interpretamos depende também da forma que o outro vê e dos discursos que produz. Neste sentido, começamos a entender a medicalização do parto como algo em que vai além da visão da mulher, mas sim da sociedade que lhe impõe, exercendo certo controle do corpo feminino.

Rodrigues (2003, p.113), nos diz que o controle sobre os corpos nos tempos atuais é fundado em saberes racionais, ou seja, “as disciplinas atuantes sobre o corpo são ciências”. Foucault (1992, p. 6) em *A Microfísica do Poder*, caracteriza este controle como uma dominação:

A dominação se fixa em um ritual; ela impõe obrigações e direitos; ela constitui cuidadosos procedimentos. Ela estabelece marcas, grava lembranças nas coisas e até nos corpos; ela se torna responsável pelas dívidas. Universo de regras que não é destinado a adoçar, mas ao contrário a satisfazer a violência.

Segundo Foucault (1992), quem se apossa das regras são os que dominam, a ponto de fazer com que o outro faça algo que ele não faria; desse modo, vemos o processo de medicalização enraizado nessa proposição, pois às mulheres, deram-lhes apenas a opção de obedecer, mesmo num momento unicamente feminino como o parto.

Interpretando Foucault, Rodrigues (2003) nos traz que os sujeitos passam por uma determinação social independente de sua vontade através de relações próximas entre familiares, amigos, no ambiente de trabalho etc. Assim, a sociedade é uma constante troca e luta por lugares sociais. E a medicalização se torna um meio de controlar os corpos sociais, ela está inserida nos mais variados contextos.

É imprescindível dar atenção e suporte as mulheres, há a necessidade de humanizar a assistência ao parto. Segundo Pereira e Bento (2011, p. 472) “Humanizar e qualificar a atenção com saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos”.

As práticas de humanização preconizam a assistência de qualidade antes e após o parto, tornando esse processo algo positivo, sem traumas associados. Um processo que busca respeitar a individualidade da mulher, adequando as suas peculiaridades e promovendo bem-estar (MOURA et al., 2007).

Os primeiros partos humanizados ocorreram no Brasil na década de 1980 (TORNQUIST et al., 2004). Entretanto, somente em meados da década de 1990, com a propagação da internet, o movimento pela humanização do parto teve um fortalecimento (LEÃO et al., 2013).

Com o movimento de humanização do parto, a mulher tem maiores informações para exercer sua autonomia, como apontam os autores:

As práticas educativas e de orientação no curso do cuidado ao pré-natal são estratégicas no cuidado e permitem que a mulher exerça sua autonomia, possibilitando o acesso informações e conhecimentos indispensáveis para a escolha e decisão sobre o que é melhor para si no parto e para o nascimento de seu filho. Por outro lado, essas atitudes permaneceram durante todo o processo do nascimento, mesmo nas situações em que a dinâmica do parto provocou mudanças nas escolhas e decisões prévias (PEREIRA; BENTO, 2011, p. 476).

Assim, conforme Leão et al. (2013, p. 2399).

Considerando que a autonomia é imprescindível no exercício do direito à saúde e que a mulher deve participar ativamente das decisões sobre seu

processo de gestação e parto, torna-se imprescindível a implementação de políticas e estratégias de promoção e ampliação da autonomia das mulheres.

Um dos desafios na assistência é a falta de uma filosofia de trabalho coerente, de parte de toda a instituição de saúde, para proporcionar resultados satisfatórios nos indicadores, coibindo trabalhos desarticulados. Em resultados não esperados, como o de morte materna, Nogueira e Rodrigues (2015, p. 631) relata que “identifica-se que a equipe não atua de forma conjunta e coesa e que a forte hierarquia presente entre os seus membros, destacando-se a hegemonia médica, dificulta, e muitas vezes impossibilita, que outras categorias profissionais possam atuar de forma contribuir para melhorar os resultados”.

A mulher dentro do contexto hospitalar deve receber antes, durante e após o parto uma assistência segura, que a garanta os benefícios da ciência e da medicina, e sobretudo, permitindo a elas o exercício da cidadania, e assim resgatando sua autonomia (BRASIL, 2011).

2.4 A Busca por modelos mais autônomos para as mulheres

A busca por justiça social e liberdade no campo da saúde sexual e reprodutiva ainda é um desafio para as mulheres. “A temática ‘autonomia’ tem sido incluída com fóruns sociais e científicos acerca da humanização do parto e nascimento e das políticas para mulheres no país” (PEREIRA; BENTO, 2011, p.472). Entretanto, a autonomia depende de condições econômicas, sociais e culturais (LEÃO et al., 2013).

A autonomia, de acordo com Guedes e Fonseca (2011), é o poder de dar a si a própria lei, ou seja, é a idoneidade de ter liberdade de escolha, como já foi apontado na sub-seção específica. Trazendo ao contexto aqui discutido, é a capacidade de as mulheres tomarem suas próprias decisões que afetam suas vidas, o direito de ir e vir e sobre seu corpo. A autonomia e a liberdade são fatores imprescindíveis para que as mulheres conquistem seus direitos (GUEDES; FONSECA, 2011).

As transformações acerca do comportamento reprodutivo ocorreram de forma abrangente, entre os anos de 1960 e 1970. Destaca-se, como um dos motivos, a inserção das mulheres no mercado de trabalho (BIASOLI-ALVES, 2000). O crescimento das mulheres no mercado de trabalho se dá pela pressão econômica, pela necessidade de manter custos com saúde e educação, devido à falta de apoio

dos sistemas públicos e pelo processo de mudanças culturais e de modernização, marcante na década de 1970 (MAGALHÃES; SILVA, 2010).

Os diversos afazeres sociais com o acúmulo de funções domésticas trouxeram a queda no número de filhos por mulher. Em relação à quantidade de filhos, pelo menos nas classes sociais mais favorecidas e mais brancas, houve significativa redução, ou, em outra chave de interpretação, a possibilidade de escolha (BIASOLI-ALVES, 2000). Conforme Biasoli-Alves (2000, p. 237):

A maior escolarização e a profissionalização da mulher acarretaram um contato social mais amplo e constante; como consequência, o questionamento se intensificou e atingiu muitas áreas. Os seus efeitos estão presentes até hoje. Isto significa existir um descontentamento com o passado, uma análise depreciativa de como as mulheres eram criadas, da sua submissão, dos limites estreitos impostos ao seu movimento dentro dos grupos sociais e às possibilidades de escolha profissional. Todos esses aspectos aparecem na discussão, quer de grupos feministas quer de outros que passam a enfatizar o excesso de trabalho que recai sobre a mulher que, agora, mantém atividades fora do lar, mas ainda é a responsável pelo bom andamento da casa, dos filhos e do bem-estar do marido. É como se um caldeirão estivesse no fogo, pronto para entrar em ebulição a qualquer momento.

Assim, mesmo com o trabalho assalariado, as mulheres continuaram responsáveis pelas tradicionais funções domésticas. Não houve uma divisão de tarefas com os homens, nem mesmo o amparo de políticas públicas (BIASOLI-ALVES, 2000), e elas continuam sendo majoritariamente responsáveis pelos cuidados com os filhos (MAGALHÃES; SILVA, 2010).

Guedes e Fonseca (2011, p.173), ressaltam que “a autogestão financeira possibilita às mulheres maiores condições objetivas de superação das desigualdades de gênero, porém não as liberta totalmente dessas amarras”. A desconstrução dessas amarras estaria ligada à queda de desigualdades de gênero, que é um processo social complexo.

Além disso, em conformidade com Magalhães e Silva (2010, p.189):

A discriminação de gênero vai para além, portanto, do preconceito no cotidiano no trabalho; acarreta salários mais baixos, ou seja, tem efetivamente utilidade muito precisa: o rebaixamento de salários terá como resultado imediato mais lucratividade para a empresa, precarizando a força de trabalho da mulher, algo convencionalizado por se tratar de um grupamento social discriminado. Isto recai num prejuízo para o conjunto da classe trabalhadora.

Percebe-se um aumento da escolaridade feminina, e com educação, supostamente, os indivíduos têm maior condições de escolher suas ações e comportamentos (GUEDES, FONSECA, 2011; MAGALHÃES, SILVA, 2010). Contudo, mesmo com uma melhoria na qualificação educacional, as mulheres não obtiveram uma melhora tão significativa na posição que ocupam no mercado de trabalho. A valorização profissional e a oportunidade de progressão na carreira são limitadas para as mulheres (MAGALHÃES; SILVA, 2010).

O avanço da ciência, com a criação de anticoncepcionais, trouxe à mulher um relativo processo de liberação, acarretando na separação entre reprodução e sexualidade, trazendo uma ampliação do direito ao prazer sexual (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Guedes e Fonseca (2011, p.1734), pontuam que:

A capacidade dos sujeitos de fazer suas escolhas tem como pressuposto fundamental a garantia da autonomia e da igualdade, necessidades que não poderiam prescindir de uma transformação da estrutura social vigente. No entanto, o resgate da autonomia possível é uma necessidade premente, fundamental para a saúde e coloca em discussão tanto o modo como se medicaliza e institucionaliza a vida dos indivíduos, quanto a desconsideração dessa dimensão pelos serviços. É impossível falar em autonomia absoluta, visto que não dá para negar as forças determinantes difíceis de controlar e que os espaços de liberdade são quase privilégios.

Em relação à discussão da autonomia feminina e sua busca de liberdade, autores trazem em pauta questões de saúde e de pressão social, como o direito de escolher ser mãe ou não, e ainda o direito de escolher a forma do seu próprio parto, em diálogo com os cuidadores médicos.

Assim, como defendem Guedes e Fonseca (2011, p.1734) acerca da saúde coletiva, esta “constitui o campo da área da saúde que mais se aplica ao problema da violência, cabendo a ela o desafio da construção de conhecimentos produtores de tecnologias para a prevenção e o enfrentamento da violência de gênero”.

Burille (2012, p.10) ainda afirma que: “Para nós, mulheres do século XXI, é importante esse conhecimento e resgate, a valorização, para dar conta da real história do nosso cotidiano, desde o período colonial até os dias atuais”. De tal modo, sobre a construção da liberdade feminina, é inevitável o debate sobre a autonomia na escolha da maternidade e no processo do parto e nascimento.

E para promover a autonomia, o profissional responsável pela assistência à mulher deve oferecer a informação necessária, pois o direito à informação está

vinculado ao princípio da autonomia, sendo que apenas com a informação clara e embasada cientificamente sobre os procedimentos que serão realizados, é que o sujeito será capaz de fazer escolhas autônomas (SILVA et al., 2015).

Não cabe, em nenhum momento, ao profissional de saúde persuadir a mulher a submeter-se a um determinado tratamento com o qual ela não concorde, a coagindo, interferindo na sua tomada de decisão. Como acontece, por exemplo, quando os médicos utilizam de falsas indicações de cesáreas, relatam riscos irreais, para submetê-las à cirurgia (SILVA; SERRA, 2017; DINIZ, 2015).

Como Bastos (2009, p.115) relata, cabe a ela “exercer o direito de escolha, por exemplo, sobre quais serviços de saúde deseja utilizar e qual deles é melhor para sua conveniência”.

Silva e Serra (2017, p. 59), refere sobre esse assunto como questão preocupante:

A questão preocupante é quando padrões introjetados a uma consciência comunitária, construídos culturalmente, passam a ser utilizados como justificativa para proteção do indivíduo em face de si mesmo, bem como de suas próprias decisões, maquiando, muitas vezes, uma prática injustificável, a exemplo do caso emblemático de violência obstétrica praticado contra Adelir Góes.

A história de Adelir é emblemática e nos fez refletir sobre a gravidade do problema. Em sua terceira gestação, ela desejava ter um parto normal, ter autonomia sobre seu corpo e fazer suas próprias escolhas e seu marido apoiava sua decisão. Ela entra em trabalho de parto, recorre a várias maternidades, porém não aceitam sua vontade, alegando que ela teria indicação absoluta de cesárea, devido aos seus antecedentes obstétricos. Inconformada com a imposição feita a ela, volta para sua residência. Quando batem à porta, eram policiais com um mandado judicial, obrigando-a ir para o hospital realizar a cesárea. Os médicos e o Estado alegaram que Adelir era incapaz de tomar suas próprias decisões e de arcar com as respectivas consequências.

O que acontece na prática, é que o respeito à autonomia está contrário ao modelo paternalista e patriarcal, em que o médico isoladamente toma as decisões, impedindo a atuação da mulher como protagonista do seu parto. Sendo o modelo participativo considerado ideal sob o ponto de vista ético, onde o profissional respeita o direito de informação ao paciente, orienta e aconselha-a, para que ela tenha uma tomada de decisões livre e consciente (UGARTE; ACIOLY, 2014).

E quando a mulher e acompanhante têm seus direitos assegurados, oriundos de um tratamento digno e humanizado, com práticas baseadas em evidências, dando lugar para autonomia da mulher, a experiência do parto passa ser algo prazeroso e de boas lembranças.

Não basta apenas que o binômio mãe-bebê saia vivo do parto; a questão não deveria ser apenas sobreviver, mas sim ter um cuidado adequado, baseado em evidências científicas (SILVA; SERRA, 2017).

A própria institucionalização do parto e sua medicalização contribuem para a anulação da autonomia da mulher e por consequência, para o aumento de medidas intervencionistas, trazendo para o ambiente hospitalar a frieza e impessoalidade no tratamento, dominando o modelo hegemônico tecnocrático (RABELO, 2010).

Os profissionais de saúde são considerados peças-chave para a transformação da atenção obstétrica, estão em contato direto com a assistência, devendo ultrapassar a concepção de parto apenas enquanto evento biológico e conscientizando-se dos aspectos sociais, emocionais e subjetivos que envolvem a gestação, o parto e o nascimento (FRANK; PELLOSO, 2013, p. 28).

Ao fazer uma escolha consciente, com base na sua vivência, sua cultura, e com informações recebidas pelos profissionais, o empoderamento dessa mulher se torna presente no cenário do parto, e esse empoderamento pode ser construído através de práticas educativas, orientando e conscientizando sobre as responsabilidades e direitos que cada um tem (PERDOMINI, 2011).

2.5 Parto e Autonomia

Conforme já pontuado, a maioria das gestantes, no início da gestação, têm preferência pelo parto normal; contudo, a falha da atenção prestada e a indução – por vezes sub-reptícia -, contribuem em sua maioria para elegerem a cesárea, indo depois o médico alegar que “foi escolha da paciente”. O despreparo para o parto normal intervém diretamente no estado emocional da parturiente, fazendo com que sua autoconfiança diminua, delegando para os profissionais a tomada de decisão final (WEIDLE et al., 2014).

O parir gera reafirmação da capacidade da mulher, mas se o medo do parto normal se apoderar dela (muitas vezes incutido), ela pode desacreditar em sua aptidão de parir e por consequência não perceber as vantagens do parto normal e

tomar a decisão pela cesárea, acreditando que é a melhor opção. Ao considerar esse contexto, percebe-se que essa 'decisão' da mulher se tornou uma "questão de opção", e não uma indicação médica precisa e necessária. Contudo, uma opção sem conhecimento é o mesmo que indução, porque altera a autonomia da mulher na decisão do tipo de parto (WEIDLE et al., 2014).

Para Oliveira et al. (2018), a complexidade no processo de escolha da via de parto é revelada em vários estudos, e segundo a perspectiva das mulheres, essa escolha é feita pelos profissionais durante o pré-natal, e que poucas delas contribuem de forma autônoma e consciente nesse processo. A decisão sobre a via de parto é muito focada no poder do médico, mesmo se a decisão contrariar o desejo e o plano de parto realizado previamente pelas mulheres.

Durante a gestação, a mulher fica mais vulnerável às influências que são oriundas do convívio com pessoas, e essas influências podem ser contraditórias, gerando dúvidas e ansiedade na mulher, dificultando a sua tomada de decisão. E durante o pré-natal, é o momento certo para um diálogo aberto com o profissional da saúde, e que questões como citadas acima possam ser esclarecidas e melhor orientadas, porém isso não é observado em todos estudos realizados com as gestantes, muitos relatos dizem totalmente o contrário (WEIDLE, 2014, p 52). O Juiz de Direito José Henrique Rodrigues Torres em seu artigo intitulado "O caso da cesariana forçada em Torres/RS", relata:

Assim, é evidente que o médico, se discordar da opção da gestante, poderá tentar persuadi-la, convencê-la, dissuadi-la, sempre com total e profundo respeito à sua autonomia e à sua dignidade, mas, aceitando, sempre, a prevalência da autonomia da paciente, não poderá constrangê-la a um procedimento que, para ele, seria mais vantajoso para ela (TORRES, 2014, p.107).

Explicando detalhadamente para a mulher sobre os riscos substanciais que porventura possam existir, para si ou para seu filho, e que as compreensões dela são importantes, o comprometimento ético dos profissionais para com a vida de ambos será preservado (SENA, 2016).

Para Oliveira et al. (2018, p. 1311) a relação do profissional com a mulher deve ser compreendida como:

Compreende-se que a construção de uma relação de respeito e confiança entre os profissionais de saúde e as mulheres e uma estratégia essencial de cuidado e deve ser priorizada. E pode-se deduzir que, para alcançar este

objetivo, e necessário considerar a subjetividade e as necessidades de cada mulher, validar as suas escolhas, de forma que elas tenham uma atitude crítica diante das orientações recebidas, sendo capazes de reconhecer os benefícios e os riscos relacionados a opção escolhida como via de parto.

Bastos (2009) afirma que essa construção é um processo sociopolítico e educacional dinâmico, de natureza complexa e que precisa ser continuamente avaliado, para que os recursos tenham aproveitamento efetivo e satisfatório para os envolvidos, tanto a mulher como os profissionais da saúde.

Segundo esse mesmo autor, a autonomia não é um fenômeno linear, sendo influenciada por multifaces e dinâmicas próprias. Cabe a cada um/a tomar sua decisão, mas a escolha pode ser afetada pela impossibilidade de atendimento nos estabelecimentos de saúde da atenção básica, por vários motivos. E também pode acontecer o inverso, ter oferta para uma demanda e o público decidir que não o quer ou não entender sua importância.

O preparo para o parto envolve, também, uma abordagem de acolhimento da mulher, seu companheiro ou familiar no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações desde as mais simples: onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher, idealmente uma visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal e os procedimentos rotineiros, entre outros (BRASIL, 2014).

Na solução de sair do modelo hospitalocêntrico e viver todo o processo parturitivo na sua totalidade, as casas de parto e o parto domiciliar ganham força, a partir do movimento da humanização. Com base nas evidências científicas e aliados com o empoderamento feminino, esta prática extra-hospitalar promove a assistência centrada na mulher (ZVEITER; SOUZA, 2015).

O parto feito no domicílio da mulher, para gestantes de risco habitual, ou seja, baixo risco, traz elementos que podem contribuir para o resgate da humanização: a autonomia da mulher. Em casa, em seu território familiar, ela assume papel mais ativo na cena do parto, atuando livre e fazendo suas próprias escolhas, e por consequência diminuindo o número de intervenções obstétricas. Em suma, o parto no domicílio, atendido por profissional qualificado/a (médico/a obstetra, obstetriz, enfermeira/o obstétrica/a) promove o livre protagonismo da mulher e de familiares, sendo percebido pelos profissionais como gerando desfechos positivos (FRANK, 2013).

E nas casas de partos normais, onde o parto fisiológico é conduzido por enfermeiras obstétricas, procura-se promover também um ambiente harmonioso e

adequado ao cuidado, transmitindo a calma e segurança às mulheres. Proporcionando a autonomia das mulheres por meio de relações pessoais entre as usuárias e as profissionais, estabelecidas através do diálogo livre de coerção e com acesso às informações pertinentes ao cuidado (SILVA et al., 2015).

Assim, é chegada a hora de se buscar um novo paradigma na atenção à saúde obstétrica centrado na autonomia do usuário enquanto sujeito protagonista de direitos, bem como na atenção articulada e humanizada e atitude ética nas relações intersubjetivas (SENA, 2016).

Dentro desse fundamento, a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento teve papel importante, devido a sua carta de fundação, a “Carta de Campinas”, documento que representou uma denúncia de atos violentos na assistência inadequada ao parto. Esse movimento social contribuiu para uma melhor investigação sobre a assistência obstétrica no país, agindo por pressão direta, os movimentos de mulheres têm tornado essa questão visível a todos (TORNQUIST et al., 2004; DINIZ et al., 2015).

Faz-se essencial que durante toda a assistência à saúde da mulher, especialmente durante o pré-natal e parto, a mulher conheça os direitos reprodutivos femininos. Esses direitos se agrupam em quatro pilares: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade, sendo a partir deles que são fundamentas as preconizações pelo poder público, visando sempre o cumprimento dos, e o respeito aos, direitos humanos (ZORZAM; CAVALCANTI, 2016).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar o que as evidências científicas nacionais retratam acerca da configuração dos processos de decisão sobre a via de parto no Brasil, de modo a contribuir com a produção do conhecimento acerca do que ocorre nas maternidades, sejam elas públicas ou privadas.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar nas evidências disponíveis quais os fatores facilitadores e impeditivos do exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de decisão da escolha da via de parto.
- Compreender os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres.
- Averiguar nas evidências disponíveis da literatura sobre quem são os atores que influenciam no contexto da tomada de decisão da via de parto.

4 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura baseada em estudos já realizados acerca do processo de decisão da mulher na escolha da via de parto. Para Soares et al. (2014, p. 335), com a revisão integrativa:

[...]é possível ter várias questões de pesquisa ou hipóteses e incluir investigações desenvolvidas através de diferentes referenciais teóricos e metodológicos. Trata-se de um tipo de revisão que permite realizar análises que extrapolam a síntese dos resultados dos estudos primários, abrangendo outras dimensões da pesquisa e que apresenta potencialidade para o desenvolvimento de novas teorias e problemas de pesquisa.

Assim, conforme referem Souza, Silva e Carvalho (2010, p.105), “a condução da revisão integrativa, a partir da inclusão de uma sistemática e rigorosa abordagem do processo, particularmente da análise de dados, resulta na diminuição de vieses e erros”.

Na tentativa de seguir o rigor metodológico da Revisão integrativa, variados teóricos trazem etapas a serem seguidas na execução desse tipo de estudo, como Whitemore e Knafl (2005) que discorrem em cinco etapas para uma RI: identificação do problema; busca na literatura; avaliação dos dados; análise dos dados; e apresentação.

Esta revisão foi guiada pelas etapas recomendadas por Whitemore e Knafl (2005), com a finalidade de agrupar estudos e condensar o conhecimento preexistente sobre a temática.

4.1 1ª Etapa: identificação do problema

Nessa etapa a seleção por uma temática que instiga o pesquisador, facilita a realização da revisão, principalmente quando este tema faz parte de sua prática clínica (SOUZA; CARVALHO, 2010).

Foi com o grande interesse na temática (e a implicação pessoal da experiência, narrada na introdução) que se identificou a necessidade de investigação para compreender a identificação de como se mostram os estudos sobre o processo de decisão da mulher, no contexto da escolha da via de parto. E para guiar a presente revisão integrativa, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Em que medida a

mulher tem autonomia - no seu sentido relativo à perspectiva da saúde - na escolha da via de parto?

4.2 2ª Etapa: busca na literatura

Na segunda etapa da presente revisão integrativa, com a finalidade de responder à questão acima, a busca das publicações ocorreu em bases de dados disponíveis online, sendo que a principal fonte de identificação das publicações na atualidade é representada pelas bases de dados eletrônicas. Elas podem ser classificadas como gerais e específicas, dentre as múltiplas bases existentes.

Utilizou-se bases gerais, usuais em revisões da literatura e, complementarmente, bases específicas direcionadas às áreas de concentração estabelecidas a esta revisão integrativa: duas bases primárias gerais norte-americanas: *Web of Science* e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), e uma base primária geral a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

O recorte temporal foi de 2013 a 2021, para que assim pudéssemos contemplar os estudos oriundos do Inquérito nacional sobre parto e nascimento: Nascer no Brasil, ocorrido em 2011-2012. Esse inquérito proporcionou uma gama de dados importantes na área da saúde materno-infantil e um crescimento importante no debate público e acadêmico sobre o tema. Acreditamos, portanto, que os estudos publicados tenham acompanhado a efervescência desse período na discussão do tema.

Foram considerados como critério de inclusão: ser artigo original; estar diretamente relacionado à temática de interesse; estar disponível integralmente online, de forma livre e gratuita; ser fruto de pesquisa desenvolvida no Brasil, devido ao modelo de assistência obstétrica prestado no país estar relacionado ao foco deste trabalho, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema investigado.

Face a essas delimitações, não foram abarcados outros tipos de trabalhos, tais como editoriais, livros, capítulos. E conseqüentemente foram excluídas as que não contemplaram a temática definida e os requisitos já citados anteriormente, e os estudos repetidos.

Elaborado as estratégias de busca e definiu-se os descritores utilizados para localização dos artigos, demonstrados no Quadro 1 abaixo, com o propósito de

ampliar as possibilidades de localização de evidências que respondessem à questão de pesquisa, e que não ocorressem falhas na captação dos estudos, utilizando também os operadores booleanos *OR* e *AND*.

Santos (2007, p.37) discorre sobre os descritores em seu estudo:

Os descritores representam a coleção de termos, organizados com uma metodologia específica, que funcionam como um filtro entre a linguagem do autor e a terminologia da saúde. São utilizados para descrever um assunto no momento da indexação dos artigos em formato tradicional ou eletrônico, para criar de índices de assuntos e como ferramentas na recuperação/navegação nas bases de dados. Podem ser comparados a mapas, que guiam o pesquisador/leitor na busca da informação científica.

Quadro 1 – Mapeamento de descritores utilizados nas bases de dados.

| MAPEAMENTO DE DESCRITORES | |
|--|---|
| Parto | gestar OR parir OR parto OR partos |
| Parto normal | "Natural Childbirth" |
| | "Childbirth, Natural" OR "Lamaze Technique" OR "Technique, Lamaze" OR "Water Birth" OR "Water Births" OR "Waterbirth" |
| | "Técnica de Lamaze" OR "Técnica Lamaze" |
| Parto cesárea / obstétrico | "Cesarean Section" OR "Delivery, Obstetric" |
| | Cesarean OR Caesarean OR Postcesarean OR "C Section" OR "C-Section" OR "C-Sections" OR ((Abdominal OR obstetric) AND deliver*) Cesárea OR "Parto Abdominal" OR "Parto Obstétrico" OR "Liberação Obstétrica" OR "Liberación Obstétrica" |
| Autonomia pessoal | Autonomia OR "livre-arbítrio" OR Autodeterminação OR "Autonomía Personal" OR Autodeterminación OR "Libre Albedrío" |
| | "Personal Autonomy" OR "Free Will" OR "Self Determination" |
| | "Personal Autonomy" |
| Participação do paciente | "Patient Participation" |
| | "patient involvement" OR "Patient Activation" OR "Patient Empowerment" OR "Patient Engagement" |
| | "Participación del Paciente" OR "Participação do Paciente" |
| Consentimento Livre e Esclarecido | "Informed Consent" |
| | "Consent, Informed" OR consente |
| | "Autorização Consciente" OR Consentimento OR "Autorización Consciente" OR Consentimiento |
| Tomada de decisões | judgement OR judgment OR "decisionmaking" OR "decision process" OR "decision making" OR "choice making" OR "choice behaviour" OR "decisionmaking" OR "decision process" OR "decision making" OR "choice making" OR "choice behavior" |
| | "Decision Making" |
| | Tomada de Decisão OR "Toma de Decisiones" OR "Toma de Decision" |
| Comportamento de Escolha | "Choice Behavior" OR |
| | ((Behavior OR behaviour OR making) AND (Approach OR choice* OR decision*)) |
| | "Conducta de Elección" OR "Comportamento de Escolha" |
| Mulher | Mujeres OR mujer OR mulher* OR menina* OR Chicas OR Niñas |
| | Women |

| | |
|-----------------|---|
| | woman OR women OR girl* OR female* |
| Gestante | "Pregnant Women" OR |
| | (Pregnant AND (Woman OR women)) |
| | grávida* OR gestante* OR parturiente* OR Embarazada* OR |
| Gravidez | Pregnancy |
| | Embarazo OR Gravidez OR gestacion OR |
| | Pregnancies OR gestation OR pregnancy OR childbearing |
| Brasil | Brazil |
| | Brasil OR Brazil OR portugues* |

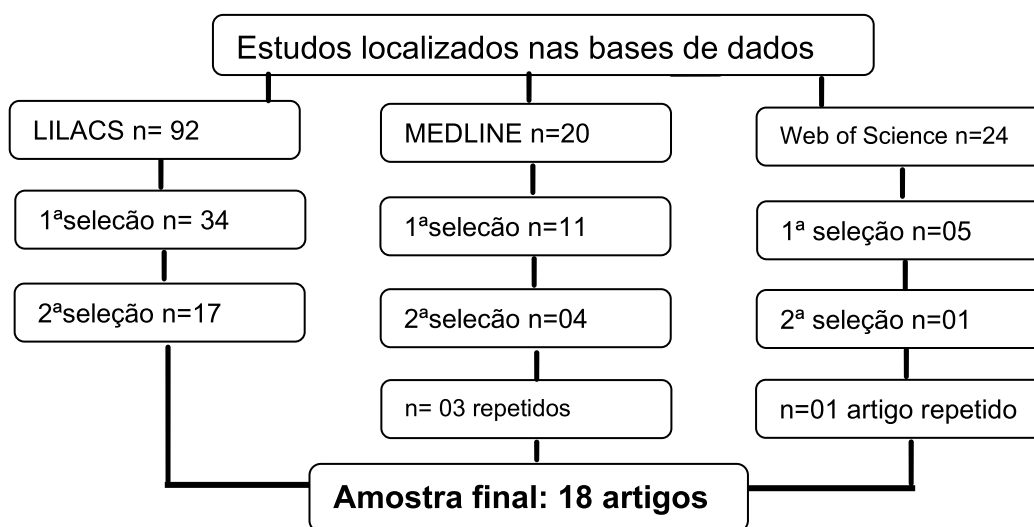
Fonte: Elaborado pela autora.

A busca nas bases de dados online ocorreu no mês de março de 2021, foi executada pela pesquisadora, com o auxílio de uma profissional bibliotecária, feita aos pares, como o recomendado por teóricos do método como Stetler et al. (1998), para assim garantir menor ocorrência de erros.

O apêndice A contém detalhadamente os resultados das pesquisas realizadas em cada base de dados, com seus respectivos descritores, filtros e data da pesquisa. Definidas as estratégias e feita a busca em si, procedeu-se então à eleição e leitura dos artigos para compor a revisão integrativa.

Somente foram utilizados artigos científicos que fizeram a pesquisa em campo empírico, sendo excluídos todos os tipos de revisões (sistemáticas, integrativas, documental, literatura, narrativa, meta-análise, entre outros), resumos e relatos de experiências. Segue abaixo o diagrama do fluxo da seleção dos artigos ilustrando todos os resultados obtidos nas fases de seleção.

Figura 1 – Diagrama do fluxo da seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pela autora

Na base de dados LILACS a busca com os descritores e demais filtros obteve amostra com 92 artigos, em que 58 não se adequavam à Revisão integrativa proposta, sendo 34 pré-selecionados para a leitura do resumo. E destes, 17 atendiam aos critérios e seguiram para análise final.

Na base de dados MEDLINE a busca ampla obteve a amostra de 20 resultados, sendo que todos os resumos foram lidos; 09 não se adequavam ao objeto de estudo, sendo 11 artigos pré-selecionados para serem mais bem avaliados. Destes 11 artigos, apenas 04 artigos seguiram para a amostra final, e 03 desses já haviam sido inclusos na busca da base LILACS.

Na base de dados Web of Science, a busca ampla obteve a amostra de 24 artigos, sendo designados 05 para leitura, e apenas 01 artigo para avaliação da revisão, porém esse já estava presente na base de dados da LILACS e MEDLINE. Assim a Revisão integrativa contou com 18 artigos científicos após os filtros dos critérios elencados.

4.3 3ª Etapa: avaliação dos dados

Nessa etapa os estudos são avaliados de forma mais abrangente, sendo categorizados para facilitar o processo de análise seguinte. Faz-se importante mensurar a qualidade dos estudos primários da revisão integrativa, pois em sua maioria pode ter-se selecionados estudos com desenhos metodológicos variados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A avaliação inicial dos 18 artigos incluídos nesta RI foi feita com o intuito de gerar um agrupamento inicial dos estudos, quanto aos tipos de pesquisas e formação de categorização temática. Reforça-se que os artigos foram organizados em ordem crescente de ano de publicação e enumerados de 1 a 18. Tal numeração acompanhou o estudo em todo o processo de revisão, de modo a facilitar sua identificação.

A categorização temática foi pensada a partir dos objetivos da dissertação, elaborados pela autora, de modo a facilitar a análise. Foram produzidas as seguintes categorias temáticas:

- Fatores facilitadores e impeditivos do exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de decisão da escolha da via de parto.

- Processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres.
- Atores que influenciam na tomada de decisão da via de parto pela mulher. Tais categorias serão detalhadas, analisadas e discutidas mais adiante.

4.4 4ª Etapa: análise dos dados

Para Soares et al. (2014, p.341), a transparência nos procedimentos de identificação, inclusão e classificação dos artigos a serem revisados representa uma garantia para o rigor de uma RI efetiva, por isso detalhamos todos os processos desta revisão.

O início da análise de dados ocorreu de maneira sistematizada, utilizando instrumento baseado no trabalho de Linicarla Fabiole de Souza Gomes, em sua dissertação de mestrado (GOMES, 2012). O Instrumento contém questões abertas e fechadas e é composto por quatro itens, apresentado a seguir, destacando que tal instrumento foi redefinido para a temática do estudo.

1. Dados de identificação do artigo (título do artigo, título do periódico, autores e ano de publicação);
2. Instituição sede do estudo;
3. Tipo de revista científica;
4. Características metodológicas do estudo (tipo de publicação; objetivo ou questão de investigação; amostra; resultados evidenciados, análise; implicações; e conclusões);

Para a coleta dos dados pertinentes dos artigos, diz Souza et al. (2010, p.105) que:

Em sequência, dá-se seguimento às técnicas de extração dos dados das fontes primárias, mediante utilização de instrumento elaborado, para simplificar, resumir e organizar os achados de modo que cada estudo seja reduzido a uma página com conteúdo relevante. Essa abordagem, além de permitir a sucinta organização dos dados, facilita a comparação dos estudos em tópicos específicos como problemas, variáveis e características da amostra.

Para cada artigo selecionado, foi então utilizada uma cópia idêntica do instrumento e cada um dos itens acima foi preenchido com os dados extraídos dos estudos pela pesquisadora.

4.5 5ª Etapa: apresentação

Essa quinta etapa da RI é facilitada pela exposição visual dos dados relevantes, em fluxogramas, quadros e tabelas de modo que se visualizem os resultados. Essa abordagem, além de permitir a sucinta organização dos dados, facilita a comparação dos estudos em tópicos específicos como problemas, variáveis e características da amostra, como pontuam Souza, Silva e Carvalho (2010).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008, p.762):

A competência clínica do revisor contribui na avaliação crítica dos estudos e auxilia na tomada de decisão para a utilização dos resultados de pesquisas na prática clínica. A conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática.

No Apêndice B, mostra-se detalhadamente o quadro preenchido para cada artigo dessa revisão, totalizando 18 quadros. As análises dos dados obtidos nas etapas quatro e cinco dessa revisão, serão discorridas no próximo capítulo, intitulado Resultados e discussão.

Saliento que a discussão dos dados obtidos será feita de forma descritiva, permitindo aos leitores o entendimento claro da revisão integrativa proposta, com a finalidade de alcançar os objetivos do método, que é averiguar as evidências disponíveis na literatura sobre a temática.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O recorte amostral desta revisão integrativa totalizou 18 artigos publicados, a maioria captada na base de dados da LILACS. O que justifica o resultado é que segundo informações do próprio site da base, esta é “a mais importante e abarcadora base de dados especializada na área da saúde, com literatura científica e técnica de 26 países da América Latina e Caribe com acesso livre e gratuito”. LILACS. (2019).

No quadro a seguir, são apresentados os dados relacionados aos 18 estudos incluídos nesta revisão em relação à autoria, ao ano de publicação, título, periódico, delineamento de pesquisa e área de pesquisa. Como dito anteriormente, foram organizados em ordem crescente quanto ao ano de publicação.

Quadro 2 - Distribuição das publicações quanto ao ano de publicação, título, autoria, delineamento de pesquisa, área de pesquisa, periódico, local de estudo, população participante, caracterização dos pesquisados e Instrumento para a coleta de dados.

| | ANO | TÍTULO | AUTORES | DELINEAMENTO DE PESQUISA | ÁREA DE PESQUISA | PERIÓDICO | LOCAL DE ESTUDO | POPULAÇÃO PARTICIPANTE | CARACTERIZAÇÃO DOS PESQUISADOS | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS |
|---|------|---|--|--|----------------------|--|---|--|--|--------------------------------|
| 1 | 2013 | Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras | Teodoro Leguizamón Junior Jovani Antônio Steffani Elcio Luiz Bonamigo. | Pesquisa descritiva e transversal, com enfoque quantitativo. | Obstetrícia Bioética | Revista Bioética | rede pública de saúde do município de Joaçaba/SC | 85 gestantes 11 médicos da rede pública | Gestantes Idades: 18 e 50 anos O grau de escolaridade: 34 , ensino médio completo; estado civil: 39 declararam-se casadas; religião 69 (81,2%) disseram ser católicas; | questionário |
| 2 | 2014 | Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012 | Silvana Granado Nogueira da Gama Elaine Fernandes Viellas Arthur Orlando Corrêa Schilithz Mariza Miranda Theme Filha Márcia Lazaro de Carvalho Keila Rejane Oliveira Gomes Maria Conceição Oliveira Costa Maria do Carmo Leal | Estudo transversal | Saúde coletiva | Caderno de Saúde Pública | estudo nacional de base hospitalar | 23.940 puérperas | Cesárea: Predomínio da maior escolaridade, classe A/B, trabalho remunerado, branca, com companheiro Parto normal: baixa escolaridade, classe D/E, trabalho não remunerado, preta, sem companheiro | entrevista |
| 3 | 2014 | Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final | Rosa Maria Soares Madeira Domingues Marcos Augusto Bastos Dias Marcos Nakamura-Pereira Jacqueline Alves Torres Eleonora d'Orsi Ana Paula Esteves Pereira Arthur Orlando Correa Schilithz Maria do Carmo Leal | Estudo transversal | Saúde pública | Cad. Saúde Pública | estudo nacional de base hospitalar | 23.940 puérperas | Idade de 25,6 anos, com variação de 12-46 anos, sendo 19,2% menores de 20 anos. 64,7% se autodeclararam pardas ou pretas. Um quarto das entrevistadas apresentava escolaridade inferior ao Ensino Fundamental 80% das mulheres referiam viver com o companheiro. 40% apresentavam trabalho remunerado 46,9% eram primíparas | base hospitalar nacional |
| 4 | 2014 | O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal | Bianca Dargam Gomes Vieira; Valdecyr Herdy Alves; Diego Pereira Rodrigues; Diva Cristina Morett Romano Leão; Katia de Lima Melo; Luana Asturiano da Silva | Pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa | Enfermagem | Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online | Maternidade Oswaldo de Nazareth da cidade do Rio de Janeiro | Dez puérperas | faixa etária entre 18-22 anos de idade, maioria de etnia parda, predominância de mulheres de ensino médio incompleto, maioria era solteira, maioria eram católicas ou protestantes | entrevista semiestruturada |
| 5 | 2014 | A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes | Bianca Dargam Gomes Vieira; Valdecyr Herdy Alves; Diego Pereira Rodrigues; Diva Cristina Morett R. Leão; Luana Asturiano da Silva Prícilla Braga Vargas; | Pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa | Enfermagem | Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online | Hospital Maternidade Oswaldo de Nazareth, localizado na Cidade do Rio de Janeiro. | quinze adolescentes/puérperas | Primíparas, 37,5% adolescentes de etnia branca, 25% pardas e 37,5% negras 50% das adolescentes tinham ensino fundamental incompleto. | entrevista semiestruturada |

| | | | | | | | | | | |
|----|------|---|---|---|----------------|----------------------------------|--|---|---|---|
| 6 | 2015 | Assistência ao parto sob a ótica das mulheres atendidas em um hospital público | Severino Silva, Leonildo; de Lucena Torres, Analucia; de Souza Amorim, Elizabeth; Brandão Neto, Waldemar; Rosendo do Nascimento, Enilda. | Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa | Enfermagem | Revista Cubana de Enfermeria | hospital público de ensino de Recife | 20 Puérperas | Faixa etária entre 15 e 38 anos, dois terços se auto classificaram como pardas, a maioria delas não concluíram o ensino fundamental e mais da metade já tinha pelo menos um filho | entrevista semiestruturada |
| 7 | 2015 | Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas | Raquel Ramos P. do Nascimento Sandra Lucia Arantesb Eunice Delgado C. de Souza Luciana Contrerad Ana Paula Assis Salesd | estudo transversal analítico com abordagem qualitativa | Enfermagem | Rev Gaúcha Enferm | Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian de Campo Grande | 25 puérperas | 18 e 37 anos, 14 (56%) depoentes foram submetidas à cesárea; destas, seis tinham cesárea anterior, cinco primíparas utilizaram essa via de parto em sua experiência de parturição, e 11 (44%) realizaram o parto normal, sendo que 10 (40%) repetiram a experiência de gestações anteriores | entrevista semiestruturada |
| 8 | 2016 | Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina | Paulo Fontoura Freitas Tainiely Muller BarbosaFernandes | Estudo com delineamento transversal com base em dados secundários | Saúde Coletiva | REV BRAS EPIDEMIOLOGIA | Maternidades públicas, privadas e mistas Santa Catarina | dados secundários | 61 maternidades | base em dados |
| 9 | 2017 | Preferência de via de parto e experiência prévia de dores em puérperas atendidas em uma maternidade | Aline Cristina de Poli Emília Campos de Carvalho Christiane Inocêncio Vasques; Luciana Braz de Oliveira Paes; Simone Roque Mazoni; | Estudo descritivo com abordagem quantitativa | Enfermagem | CuidArte, Enferm | maternidade pública de um hospital-escola localizado no interior paulista, no Brasil. | 55 puérperas | 61,8% declararam-se de raça branca/caucasiana e (38,2%) afrodescendente. A idade entre 18 e 38 anos. A maioria 87,3%, afirmou ter companheiro. Predominou a ocupação do lar em 41 (74,5%) das entrevistadas, seguido de 13 (23,7%) trabalhadoras e 1 (1,8%) desempregada. variou entre o ensino fundamental incompleto e médio completo; 19 (31,7%) completaram o ensino médio, 21,9% não o completaram; 20% estudaram até o ensino fundamental e 23,6% não o completaram | levantamento de prontuários e entrevistas |
| 10 | 2017 | À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS | Clarissa Niederauer Leote da Silva Pedroso Laura Cecilia López | estudo qualitativo exploratório | Saúde Coletiva | Physis Revista de Saúde Coletiva | Maternidade pública de Porto Alegre | 25 mulheres puérperas | todas tinham relacionamento estável, 52% se identificaram como brancas e o restante como pardas e pretas. o nível de escolaridade era baixo (a maioria não tinha ensino médio completo) e as atividades exercidas eram de baixa ou nenhuma remuneração. Dessas mulheres, 11 eram primíparas e 14, multiparas (50%, acima de dois filhos). Quanto ao tipo de parto, 52% das mulheres realizaram parto normal e as demais foram submetidas à cesariana. | técnicas de observação participante, entrevista semiestruturada e pesquisa documental |
| 11 | 2017 | Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto | Virgínia Junqueira Oliveira, Claudia Maria de Mattos Penna | Análise do discurso | Enfermagem | Rev Bras Enferm | Sete maternidades públicas dos municípios da macrorregião Centro-Oeste de Minas Gerais | 36 mulheres, 10 enfermeiras obstetras e 14 médicos obstetras. | A idade das mulheres variaram entre 16 e 38 anos. Das 36 participantes, dez não concluíram o ensino fundamental, 13 não finalizaram o ensino médio, 11 completaram o ensino médio e apenas 2 ensino superior. 16 mulheres informaram serem evangélicas, 19 católicas e, uma negra, pertencer a qualquer seita ou religião. 24 tiveram partos normais, sendo 9 com episiotomia e 12 se submeteram à uma cesariana. | entrevistas |
| 12 | 2018 | Via de parto preferida por puérperas e suas motivações | Fernanda Kottwitz Helga Geremias Gouveia Annelise de Carvalho Gonçalves | Estudo transversal | Enfermagem | Escola Anna Nery | Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário do Sul do Brasil | 361 puérperas | A maioria das mulheres encontrava-se na faixa etária de 16 a 34 anos (85,7%), tinha mais de oito anos de estudo (52,4%) e renda familiar de até dois salários mínimos (67,8%). Em relação à história obstétrica, a maioria era secundigesta ou mais (63,9%) e, entre as que já tiveram parto anterior, a maioria teve parto vaginal (74,1%) | questionário estruturado |
| 13 | 2018 | A satisfação do parto normal: encontrar-se consigo | Ana Carolina Belmonte Assalin, Bruna Felisberto de Souza, Jamile Claro de Castro Bussadori Márcia Regina Cangiani Fabbro, Monika Wernet, Rafaela Camila Freitas da Silva | Estudo qualitativo, exploratório e descritivo | Enfermagem | Rev Gaúcha Enferm | Santa Catarina | vinte mulheres | Média de idade foi de 30 anos, sendo a 19 anos a menor idade e 43 anos a maior idade. Setenta por cento das mulheres se auto referiram de cor branca, 75% casadas, 45% possuíam pós-graduação, 60% realizavam atividade remunerada fora do lar e a renda média familiar era de 5,7 salários. A maioria era primigesta (55%) e primípara (65%), 55% das gestações tinham sido planejadas | entrevista |

| | | | | | | | | | | |
|----|------|---|--|--|----------------------------------|--|--|---------------|---|-----------------------------|
| 14 | 2019 | Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante | Juliana Azevedo Fernandes, Gastão Wagner de Sousa Campos, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco | Estudo transversal | Saúde pública/ serviços de saúde | Saude debate | Hospitais de públicos de Campinas | 400 gestantes | A média de idade foi de 32,1 anos, sendo que 16,1% eram menores de 20 ou maiores de 40 anos. Quanto à cor da pele/raça, 42,8% se declararam pardas. Com relação à escolaridade, a maior parte cursou o Ensino Médio, e apenas 8,9% com Ensino Superior. Quase 90,0% não possuíam convênio/plano de saúde, 59,9% estavam no 3º trimestre na ocasião da aplicação do questionário, e a maioria, 85,6%, iniciou o pré-natal ainda no 1º trimestre de gestação. | Questionário |
| 15 | 2019 | Percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto | Cristina Maria Garcia de Lima Parada Fernanda Cristina Manzini Sleutjes Roberta Marielle Arik Vera Lúcia Pamplona Tonetel | Pesquisa qualitativa | Enfermagem | Rev Bras Enferm. | Município do Interior de São Paulo Rede pública e privada | 15 gestantes | Idades entre 18 e 37 anos. Todas tinham companheiro e mais de oito anos de aprovação escolar e, predominantemente, não exerciam atividade remunerada, mas entre as que exerciam, foram citadas as profissões: empregada doméstica, babá, zeladora e calçadista | entrevista |
| 16 | 2019 | Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto | Mônica Maria de Jesus Silva Semara Carolini Brandão Silva Gabriel Arruda Melo | Estudo prognóstico/ Pesquisa qualitativa | Enfermagem | Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo | três unidades do Programa de Saúde da Família Município do Sul de Minas Gerais | 35 gestantes | Primigestas. Faixa etária variou de 18 a 40 anos de idade, com média de 26 anos e maior frequência na faixa entre 26 e 30 anos. A maioria das mulheres tinham alguma ocupação ou profissão remunerada. Predominaram gestantes casadas, que frequentaram a escola até o ensino médio e católicas. | formulário semiestruturado. |
| 17 | 2019 | Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante | Mara Julyete Arraes Jardim; Andressa Arraes Silva, Lena Maria Barros Fonseca. | Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa | Enfermagem | Rev. pesqui. cuid. Fundam. | Unidade de saúde São Luís/MA | 18 gestantes | idade mínima de dezoito anos, que se encontravam no terceiro trimestre de gestação e com o mínimo de três consultas de enfermagem realizadas | análise dos depoimentos |
| 18 | 2020 | Parto cirúrgico: as múltiplas experiências de mulheres | Fanny Eicherberger Barral; Telmara Menezes Couto, Lilian Conceição Guimarães de Almeida; Tânia Christiane Ferreira Bispo; Graziele Matos Oliveira; Natália Weblar | Pesquisa qualitativa | Enfermagem | Rev baiana enferm. | Maternidade Escola da rede pública do município de Salvador, Bahia | Dez mulheres | Dez mulheres que experienciaram parto cirúrgico. faixa etária entre 22 e 44 anos, das quais sete se autodeclararam pardas e três pretas. Quanto à escolaridade, duas mulheres tinham o ensino fundamental, cinco possuíam ensino médio e três, o ensino superior. concerne ao estado civil, cinco eram casadas e cinco solteiras. | entrevistas |

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao ano de publicação, os estudos oscilaram entre os anos 2013 e 2020, havendo predominância nos anos de 2014 e 2019, quatro publicações de cada ano.

Em relação à autoria dos estudos da RI, foram identificados 73 autores, de variadas áreas do conhecimento, como nutrição, medicina, estatística, fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia, com destaque para a enfermagem, que dominou entre os pesquisadores, sendo 50 autores de trabalhos dessa área. O que também se iguala à área da pesquisa dos artigos, onde 12 artigos são da enfermagem, 03 da saúde coletiva, 02 da saúde pública e 01 da obstetrícia.

Percebe-se o grande interesse dos/das enfermeiros/as pela temática, pois esse profissional atua também diretamente na assistência ao parto e consegue enxergar os entraves existentes no processo de escolha do tipo de parto pela mulher.

Jardim, Silva e Fonseca (2019, p.439) discorrem sobre a relação enfermeiro/a e gestante, e sobre importância de estudos nesta área, “para que o profissional conheça as carências apresentadas por elas no pré-natal e forneça as orientações necessárias para a aquisição de maior autonomia”.

Em relação a quantidade de autores por artigo, apenas os artigos **8, 10 e 11** apresentam dois autores, sendo todos os demais compostos por 3 a 8 autores. Acredita-se que o desenvolvimento de produção de conhecimento em grupos, que é uma característica da área da saúde, favorece o compartilhamento de saberes, ampliando as possibilidades de aprendizado, principalmente quando se trata de um grupo multiprofissional.

Os artigos revisados estão distribuídos em 14 periódicos distintos, com a predominância da região Sudeste do país, e por outro lado nenhum periódico da região norte. E 08 revistas são específicas da área da enfermagem, sendo 05 da área de saúde pública e coletiva.

Quanto ao delineamento metodológico adotado, evidenciamos na amostra: uma análise de discurso; seis com delineamento transversal; seis estudos descritivos e exploratórios de natureza qualitativa ou quantitativa.

Dos artigos analisados, 04 pesquisas foram desenvolvidas em hospitais universitários; 02 em base de dados hospitalares; 09 em hospitais públicos, sendo que 03 dessas pesquisas abordaram os hospitais privados também, e 03 unidades de Estratégia de saúde da família. Contatamos que ao todo mais de 80 instituições de assistência à saúde da mulher no período da gestação e parto fizeram parte da amostra dessa RI, em sua maioria instituições públicas.

As unidades de Estratégia de Saúde da Família, de acordo com a Rede Cegonha, são os locais de realização de pré-natal, devendo ocorrer com captação precoce da gestante, oferecer acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno e vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. E ter pesquisas empíricas nesses locais de atendimento preferencial às gestantes, permite conhecer a realidade de cada localidade e perfil da sua clientela (BRASIL, 2011).

Sobre a população participante dos estudos selecionados, foram 10 enfermeiros e 25 médicos obstetras. E ao total 15.657 mulheres incluídas, contando com as pesquisas ocorridas nos artigos 2 (3.447 puérperas) e 3 (11.074 puérperas), frutos do banco de dados da pesquisa “Nascer no Brasil” - estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. E com uma contagem separada, uma pesquisa ocorrida no Estado de Santa Catarina obteve uma amostra com 61 maternidades, com o total de 88.926 partos no ano de 2012 (FREITAS; FERNANDES, 2016).

Consideramos então ser esta uma amostra significativa para a RI, abrangendo pesquisas com um bom número de casos analisados. Em relação a caracterização das mulheres incluídas nas pesquisas, iremos discorrer sobre as informações coletadas a seguir.

No que diz respeito aos Instrumentos utilizados para a coleta de dados dos participantes, 15 publicações utilizaram-se de entrevistas, e dessas 15, 04 consultaram dados secundários (prontuários médicos e cartão de gestante). Somente o **artigo 17** fez Análise dos depoimentos, o **artigo 12** aplicou questionário estruturado, e **artigo 08** coleta dados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

A entrevista foi o método mais utilizado, pois conforme diz Lima (2016) ela proporciona uma gama de informações.

É instrumento crucial tanto na abordagem quantitativa quanto na qualitativa. [...] A sua principal vantagem está na riqueza das informações que podem ser coletadas, pelas palavras e interpretações dos entrevistados aos estímulos que lhes foram dados, assim como a possibilidade de registrar a sua reação não verbal (LIMA, 2016, p.25).

Em relação a caracterização das mulheres incluídas nas pesquisas, iremos discorrer sobre as informações coletadas.

A faixa etária das mulheres pesquisadas esteve em sua maioria entre 18 e 50 anos, incluindo pesquisas com adolescentes também. No **artigo 16**, o autor conclui que a preferência pelo parto natural parece ter relação diretamente proporcional à idade materna, trazendo uma reflexão sobre as consequências das vias de parto em consequência do amadurecimento da mulher.

No **artigo 1**, a idade das gestantes não influenciou significativamente na escolha da via de parto. No **artigo 2**, as adolescentes que tinham a cesariana como o tipo de parto preferido desde o início da gestação foram mais submetidas a essa cirurgia (46%), enquanto nas que preferiam o parto normal, a proporção foi de 36%.

“A idade também está associada à uma suposta incapacidade de tomar decisões acerca do seu parto”, segundo LIMA et al. (2018, p.1012), de onde se depreende que a oportunidade de escolha é menos ofertada para as adolescentes, provavelmente porque se acredita que elas não têm condições de saber qual a melhor decisão a ser tomada.

No que se diz respeito a escolaridade das mulheres, a maioria dos estudos tiveram mulheres com ensino médio completo. No **artigo 1**, de acordo com a opção pela via de parto feita pelas gestantes, encontrou-se aumento da preferência pelo parto natural nas gestantes do grupo portador de ensino médio incompleto e superior completo.

Em relação ao estado civil, a maioria dos registros foram de que as mulheres vivem com o companheiro, porém tem uma demanda importante das que não convivem com parceiro. “O fato de ser “mãe solteira” gera uma desvantagem psicológica, pois a ausência do pai, em geral, traz menor estabilidade econômica para a família, podendo também se constituir em fator de risco para o baixo peso do recém-nascido” (DE LIMA MELO et al., 2014, p. 1010)

Segundo a Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (Arpen-Brasil), das nascidas em 2021, quase 100 mil crianças não têm o nome paterno na certidão. Pelo terceiro ano consecutivo, há baixa no número de reconhecimento de paternidade. Esses dados nos dizem o quanto de mães que sustentam seus filhos sozinhas e do quanto ainda precisamos avançar para que os pais também se responsabilizem, junto às suas parceiras.

No imaginário social a paternidade é uma escolha e a maternidade é uma determinação. Ao se caracterizar como “mãe-solo”, a entrevistada se contrapõe à conotação estigmatizada e negativa da expressão “mãe-solteira”,

já que a maternidade não se constitui em um estado civil. Estar em uma relação afetiva não significa de fato a garantia de um compartilhamento do ônus e dos prazeres que envolvem a maternidade. Muitas mães e mulheres negras assumem sozinhas o amparo social, econômico e afetivo dos seus filhos (LIMA et al., 2018, p 85).

No **artigo 1**, a maioria das gestantes solteiras (60%) manifestaram preferência pela cesárea, quando feita a correlação entre as razões da escolha via de parto à faixa etária com o estado civil das gestantes, “as diferenças entre as opções não apresentaram resultados estatisticamente significativos” (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013, p.511).

Em referência à cor da pele, nos estudos selecionados a cor não branca esteve presente em 06 pesquisas, predominando em somente 03 pesquisas; 09 estudos não especificaram esses dados.

Resultados da pesquisa ‘Nascer no Brasil’ (LEAL et al., 2017), mostraram que mulheres pretas e pardas tem menos chances de um parto cesárea ou analgesia do que as brancas; e que no serviço público, a maioria das usuárias são preferencialmente mulheres negras (DINIZ et al., 2015). Pode-se inferir que um imaginário de que essas mulheres “são mais fortes” para aguentar dores ainda vigora no campo médico. Por outro lado, talvez elas estejam de certo modo mais livres de intervenções cirúrgicas desnecessárias, uma vez que uma cesariana sem indicação precisa aumenta os riscos para mães e bebês, em 3 vezes pelo menos. Esses riscos são de prematuridade, hemorragia e infecções.

Os dados socioeconômicos registram que a maioria das mulheres negras estão abaixo da linha da pobreza e por isso sua taxa de analfabetismo é o dobro das brancas. Elas têm menor acesso a serviços de saúde de qualidade e tem maior risco de complicações na gestação e parto (BRASIL, 2011).

Carneiro (2015, p. 22) aponta que “falar de saúde da mulher negra é também falar do corpo estético-político, pois, é do corpo, marcado por experiências pessoais singulares de exclusão pelos poderes sociais hostis, de onde parte o poder e a ética da mulher negra”.

As desigualdades raciais, relativas ao gênero, verificadas nas formas de tratamento recebidas dentro das instituições que prestam serviços de saúde, apresentam evidências da presença do racismo institucional no sistema de saúde do país (LIMA et al., 2018, p 65).

As iniquidades afetam profundamente a saúde humana. Apresenta-se uma realidade na qual os sistemas de saúde, a qualidade desses serviços e o acesso a eles e às melhores tecnologias em saúde são desigualmente distribuídos entre as pessoas e grupos que compõem a sociedade, nessa organização social e político-econômica que conhecemos. Dificultando, assim, o acesso ao serviço, desfavorecendo o cuidado a pessoa e a coletividade. Mas quando se começa a estratificar as comunidades em relação ao seu risco social, as suas especificidades, da sua demanda de saúde, identificando e vencendo as iniquidades existentes do acesso aos serviços (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016, p.7).

Quando vemos que o simples fato de ser negra coloca a mulher em um outro patamar, onde neste, sua voz é silenciada e seus atos são coagidos. Como diz Lima et al. (2018, p. 65) “A cor atravessa as características de escolaridade, idade, região e revelam a importante relação entre saúde e seus determinantes”; essa passagem confirma a hipótese de que a abordagem interseccional é muito importante na análise desse objeto de estudo.

No **artigo 01** discorre-se que, quanto à questão religiosa, as gestantes católicas optaram em maior número pelo parto natural, em relação às demais religiões e este resultado mostrou significância estatística. No artigo 16, a maioria das gestantes informou professar a religião católica, mas não fez a comparação em relação à preferência da via de parto.

No **artigo 04**, a maioria das pesquisadas consideraram ser católicas. E as práticas religiosas, os santos, as orações e outros ritos religiosos são de grande importância para as gestantes. Elas se apegam aos aspectos religiosos esperando receber de alguma força superior a proteção divina para que a sua gestação e parto ocorram sem problemas” (MELO et al., 2014).

No **artigo 11**, entre as 36 mulheres participantes, 16 delas informaram serem evangélicas, 19 católicas e apenas uma (que era negra), pertencer a qualquer seita ou religião. E os outros artigos não especificaram esses dados.

Na pesquisa de LIMA et al. (2018, p. 90), aparece um relato sobre uma entrevistada: “[...]a religião faz com que ela tenha um entendimento de si a partir daquilo que a constitui: sua ancestralidade[...] ‘não é uma coisa de outro mundo’, e perceber que aquele momento lhe pertence. Por isso é tão importante que tenha naquele momento elementos significativos à sua existência”.

O parto pode ser considerado um momento de estresse, onde as pessoas encontram maneiras de enfrentar os desafios presentes e controlar suas emoções. E “é na espiritualidade que as pessoas podem encontrar força emocional quando passam por transformações e momentos difíceis na existência humana” (MELO, 2020, p.3).

Para maior aprofundamento dos artigos, coletamos também dados referentes a preferência do tipo de parto entre as participantes das pesquisas.

No tocante a preferência do tipo de parto, normal ou cesárea, pode-se constatar que o parto normal é a via de parto que apresenta maior preferência entre as mulheres. Nos **artigos 01 e 17**, a maioria das gestantes, por diferentes razões, manifestaram preferência pelo parto natural.

Em relação à capacidade das gestantes de vivenciar experiência do parto natural, evidenciou-se que a maioria afirmou ser capaz de parir de forma natural atribuindo essa força a vários fatores, como: o apoio espiritual, experiências anteriores, capacidade inata e acesso às informações. Outras ainda, se disseram incapazes de vivenciar o processo de parturição natural (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019, p.439).

O **artigo 03** mostra que no setor público, cerca de 70% das puérperas entrevistadas consideravam o parto vaginal mais seguro. Essa pesquisa, apesar de ter sido publicada em 2014, teve coleta de dados em 2011-2012, e após 10 anos do conhecimento dessa prevalência, o Estado com suas políticas não conseguiram reverter tal situação, tal qual propõem as recomendações internacionais da OMS.

No **Artigo 07**, 76% das puérperas entrevistadas preferiram o parto normal, nos discursos abaixo verifica-se os “sentimentos e satisfação, liberdade, autonomia e respeito pela fisiologia do parto” entre as mulheres.

O parto normal é melhor, devido à recuperação que é mais rápida [...]. Termina o parto a gente já está bem e cuidando do bebê, não precisa ter muita ajuda [...]. Você pode levantar, tomar o seu banho [...]. Vejo elas (puérperas) andando pra todo lado e cesárea já não tem tanta liberdade, tem que ser mais cautelosa [...]. Normal você não depende de ninguém [...]. (NASCIMENTO et al., 2015, p. 123).

E nesse mesmo estudo, o autor relata que “para algumas mulheres que realizaram cesárea, o estudo evidenciou o sentimento de frustração, perda de controle e do seu protagonismo, pois desejavam parto normal e tiveram que se submeter à cesárea” (NASCIMENTO et al., 2015, p.122).

O **artigo 13** assevera que na “vivência do PN reforçam os valores que ponderavam o mesmo e valoram sua representatividade para o ser mulher”.

No **artigo 9**, 89 % das entrevistadas relataram a preferência pelo parto normal, mostrando que a “experiência de dor de forma isolada poderia não ser um fator que influencie a preferência da via de parto”.

No **Artigo 10** identifica-se no “discurso das parturientes que a escolha da via de parto é muito mais que desejar, depende do acesso às orientações durante o período pré-natal e envolve aspectos familiares e culturais”.

Eu que escolhi, fiz o plano de parto, estudei, ninguém me induziu a nada, falou ‘você tem que fazer assim’ (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1307).

Indo ao contrário do modelo hospitalocêntrico e excessivamente medicalizado, as mulheres apontaram sua preferência pelo parto natural e humanizado, rebatendo ao parto cirúrgico dominante no Brasil, que em muitos casos não segue as práticas baseadas em evidências na assistência à saúde da mulher (NASCIMENTO et al., 2015).

Imersa num contexto cultural que adota a cesárea como uma regra, a mulher tem que afirmar pra si mesma e para sociedade o motivo da escolha pela via natural de parto. Observa-se que houve uma inversão de valores e de significados em relação à forma de nascer no Brasil (PEDROSO; LÓPEZ, 2017, p.1308).

O **artigo 16** também apresentou a dominância do desejo de parto normal, “contrariando as estatísticas crescentes de opção pela cesárea no Brasil, demonstrando a dissonância existente, muitas vezes, entre o desejo da mulher e a realidade vivida no momento do parto”.

Em estudos realizados nos anos de 1990 no nosso país, mostraram que cerca de 20% das mulheres preferiam uma cesárea no início da gestação, sendo esse valor próximo a 40% em mulheres com cesarianas anteriores (DIAS et al., 2008). Dados esses muito próximos das pesquisas que estamos revisando.

Quando as mulheres relatam sua escolha da via de parto individualmente, a maioria elege o parto normal, mas quando entram outros sujeitos para a tomada de decisão, ou compartilham com elas a decisão, a prevalência da eleição da cesárea é muito maior que a anterior, como mostra nas pesquisas dos **artigos 07 e 14**.

Em relação a preferência pela cesárea os **artigos 02, 03 e 08** mostraram maior proporção de mulheres com preferência inicial pela cesariana no sistema de saúde privado, entre “aquelas que tiveram seus partos financiados pelo plano de saúde tiveram mais que o dobro de cesarianas comparadas às do SUS” (GAMA et al., 2014).

E no **artigo 03**, entre as mulheres assistidas na rede privada, predominaram as que acreditavam que o parto cesáreo era o parto mais seguro, ou que ambas as vias de parto eram seguras. No setor público, cerca de 70% consideravam o parto vaginal o mais seguro.

Sendo a cesárea um procedimento cirúrgico que exige conhecimento técnico e domínio dos médicos obstetras, Barral et al. afirmam que (2020, p.5):

a expertise que os profissionais acumulam, somada à falta de conhecimento das parturientes sobre o procedimento, são suficientes para que elas confiem no que está sendo dito e não questionem a conduta. A confiança é um elemento importante a ser estabelecido nas relações.

Para Freitas e Fernandes (2016, p.536) “no contexto de nosso estudo, resultados de maior ocorrência de cesarianas no sistema privado em horários diurnos poderiam apontar para o excesso de cesarianas eletivas entre as mulheres atendidas no sistema privado”.

Nos **artigos 06 e 07** a vontade pelo parto cirúrgico entre as entrevistadas é motivada pelo medo, suposta facilidade e falta de esclarecimentos, acreditando que a vivência do parto normal é associada a riscos, dor e sofrimento, principalmente quando se baseiam em experiências anteriores com o parto normal, como também retrata o **artigo 10**. E quando tiveram a indicação da cesárea pelo médico, mostra-se que algumas mulheres aceitam a decisão sem questioná-la.

A decisão de cesárea foi do médico [...]. Esperava não ter complicação no parto. Queria que tivesse sido normal [...]. Pelo bem dela (neném) me submeti à cesárea. Meu marido e minha mãe falaram que, por ela, valia tudo (NASCIMENTO et al., 2015, p. 122).

No **artigo 02** houve maior percentual de cesariana naquelas que foram assistidas pelo mesmo profissional no pré-natal e no parto, e entre as mulheres com antecedentes clínicos de riscos e/ou intercorrências durante a gravidez e trabalho de parto. E que cada vez mais as adolescentes estão sendo expostas ao parto cirúrgico, o que torna essa situação preocupante, uma vez que a cesariana prévia tem sido

indicação quase absoluta para nova cesariana ultrapassando assim as indicações clínicas reais para esse tipo de antecedente.

Novamente referenciando o **Artigo 08**, os autores Freitas e Fernandes (2016, p.537) relatam como o a prevalência de cesáreas no país está atrelada a variados fatores, e dentre eles a questão econômico-social.

as altas taxas de cesariana e o perfil das desigualdades sociais a elas relacionadas apontam para uma cultura do uso excessivo de tecnologia médica no parto como responsável por grande parte das cesarianas. A multifatorialidade da determinação das taxas de cesariana no Brasil, incluindo importantes diferenças regionais e culturais, aponta para intervenções centradas na equipe médica, na relação da gestante com a assistência pré-natal e na organização dos serviços nas maternidades.

O **Artigo 10** reforça que independentemente da via de parto, o que mais é relevante para as mulheres é a real participação delas no processo de escolha no tipo de parto. Na próxima parte iremos aprofundar sobre essa multifatorialidade interligada nessa questão, e o porquê de algumas mulheres relatarem que não fizeram a escolha sobre o tipo de parto e quem foram os atores responsáveis por essas escolhas nos seus lugares, evidenciando a importância do conceito de heteronomia no contexto do processo de decisão da escolha da via de parto.

5.1 Resultados e discussão das categorias temáticas

Os resultados contidos nas categorias temáticas da presente Revisão Integrativa serão apresentados e descritos a seguir, bem como analisados de acordo com o referencial teórico.

5.1.1 Fatores facilitadores e impeditivos do exercício da autonomia das mulheres brasileiras nos processos de decisão da via de parto

A primeira abordagem temática será sobre os fatores facilitadores e impeditivos do exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de decisão da escolha da via de parto, e por meio da observação do quadro abaixo, discutiremos cada fator e a relação deles com o processo de decisão da via de parto.

QUADRO 3 – Resumo dos fatores facilitadores e impeditivos do exercício da autonomia das mulheres.

| Fatores Facilitadores | | Fatores Dificultadores | |
|---|--|---|--|
| Descrição | Artigo | Descrição | Artigo |
| Pré-natal suficiente | 02 | Percepção de que a segurança da mulher independe do tipo de parto | 03 |
| Experiências anteriores não negativas | 07 | O medo/dor do parto | 06 15 |
| Ter acompanhante no parto | 02 05 10 13 | Pouca importância dada sobre informação para o processo de decisão das mulheres dada pelos profissionais da saúde | 03 05 06 12 15 16 |
| Campanhas educacionais | 01 06 07 12 13 15 16 17 18 | Conduta paternalística / relação hierárquica / decisão única do médico | 01 04 06 10 11 14 17 18 |
| Políticas públicas da saúde reprodutiva das mulheres | 05 | Experiências negativas | 10 |
| | | Ideologia da parturição como um evento patológico e de alto risco | 04 |
| Relação de respeito e confiança entre os profissionais de saúde e as mulheres | 09 10 11 13 | Desrespeito aos direitos reprodutivos das mulheres | 04 05 |
| Principal fonte de informação serem os profissionais de saúde | 01 | Linguagem inadequada para o entendimento da mulher | 06 |
| Aconselhamento das gestantes respeitando suas especificidades e vontades envolvendo-as no processo de decisão | 03 13 15 | Falta de orientação das gestantes de como proceder de forma autônoma frente às situações | 06 13 17 |
| | | Valorização exclusiva do saber médico | 04 05 06 07 15 16 18 |
| | | Assistência intervencionista | 08 11 18 |
| | | Vulnerabilidade da mulher (relações de gênero envolvendo poder e dominação) | 06 08 10 11 17 18 |
| | | Imobilização do corpo da mulher durante o parto/ exigência de determinada posição | 10 11 |
| | | Falta de diálogo entre profissional e paciente | 10 14 15 18 |
| Não discorre sobre | 08 14 | Não discorre sobre | 09 12 |

Fonte: Elaborado pela autora

Discorrendo primeiramente sobre os fatores facilitadores da autonomia da mulher, descritos nesse quadro, vamos verificar como esses fatores estão interligados com a autonomia da mulher.

O **artigo 12** explica que o pré-natal constitui uma assistência informativa e educativa, onde o profissional de saúde responsável por ele, pode usar do momento de consulta para repassar conhecimento sobre a fisiologia da gestação e do próprio parto. “Contribuindo para redução do medo da mulher em relação ao parto e possibilitando que ela tome a melhor decisão para si quanto à via de parto, livre do estereótipo do sofrimento e do medo” (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017, p.5).

O papel educativo do pré-natal qualifica o conhecimento da mulher e aumenta seus potenciais de escolha. [...] A participação da mulher nas decisões sobre o seu corpo durante o parto, estão intimamente relacionadas com o conhecimento que ela possui sobre o funcionamento do seu corpo e seu entendimento sobre o ciclo gravídico-puerperal (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017, p.5).

Faz-se essencial que durante toda a assistência à saúde da mulher, especialmente durante o pré-natal e parto, a mulher conheça os direitos reprodutivos femininos. Esses direitos se agrupam em quatro pilares: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade, sendo a partir deles que são fundamentas as preconizações pelo poder público, visando sempre o cumprimento e respeito aos direitos humanos (ZORZAM; CAVALCANTI, 2016).

O **artigo 13** relata que é possível “resgatar a confiança das mulheres na sua capacidade de parir”. E contando com o pré-natal e práticas de educação em saúde voltadas para as gestantes, “através da instrumentalização para o processo, torna-se as mulheres mais confiantes e seguras de que seus corpos são capazes, e ao serem protagonistas, vivenciam uma experiência satisfatória” (SILVA et al., 2018, p.5).

No que tange ao recebimento de orientações sobre os tipos de parto durante o pré-natal, nos **artigos 01 e 16** observou-se que a maioria das entrevistadas teve informações durante o período gestacional, sinalizando a prática da Política de Humanização do parto pelos profissionais de saúde, como recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil (SILVA; SILVA; MELO, 2019).

A expectativa da mulher quanto ao tipo de parto é consequência do modo como as informações são disponibilizadas a ela e de como estas são interpretadas conforme o seu meio sociocultural. Assim, o desenvolvimento de atividades educativas é de suma importância em todo o ciclo gravídico-puerperal, e ainda mais no acompanhamento pré-natal, quando a gestante

deve ser bem orientada para que possa viver o parto de maneira positiva (SILVA; SILVA; MELO, 2019, p.8).

Porém o **artigo 02** evidenciou que as adolescentes que mais tiveram consultas de pré-natal foram as mais sujeitas a cesárea. Possivelmente esse achado leva ao fato de que ter mais consultas proporciona mais oportunidade de convencimento de acordo com a preferência do profissional médico. E se relaciona com a percepção que essas mesmas adolescentes passaram a acreditar na maior segurança da cesárea.

No momento gestacional, com todas as modificações que o corpo sofre, e o bebê em formação, o pré-natal é a ferramenta da construção de vínculo e de promoção de saúde para ambos. Cabe o profissional de saúde se apropriar de sua responsabilidade e ofertar cuidados baseados na ciência e de acordo com as especificidades de cada mulher, apoiado nas diretrizes nacionais de atenção a mulher.

Atender as necessidades das mulheres com as suas respectivas especificidades se torna essencial dentro da assistência às mulheres. E conforme descrito por Pedroso e Lopez (2017, p.1172) “não compreender as particularidades de cada mãe e bebê pode levar a uma aceleração no trabalho de parto, quebrando o equilíbrio da parturição fisiológica”, desencadeando a partir daí uma série de intervenções médicas no corpo da mulher.

Observa-se que as mulheres que chegaram ao hospital apresentando poucas contrações ou a ausência dos sintomas do trabalho de parto estiveram mais submetidas a intervenções e tiveram mais lacerações quando comparadas às mulheres que chegaram ao atendimento já em trabalho de parto ativo (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1172).

A assistência às parturientes deve ser pautada nas evidências científicas, mas infelizmente ainda há o uso de práticas descabidas, como toque vaginal repetitivo, uso de ocitocinas sintética, não permitir que a parturiente coma ou beba nada, comandos verbais duros e desnecessários. Isso tudo vai provocando grande desconforto e dor à mulher, e tudo o que ela mais quer então é sair dali, abreviar ao máximo o sofrimento.

Contudo nesse abreviar de sofrimento, a mulher é colocada nas mãos dos profissionais, e esses utilizam-se de intervenções cada vez mais agressivas para antecipar o parto. Cabendo aqui um questionamento, será que nessa situação a cesárea não seria realmente a preferida das mulheres? Se a opção é um parto violento e sofrido, ela pode ver a cesárea como uma forma de escapar.

Há a necessidade de restituir e fortificar a crença da mulher na sua própria capacidade, reconhecer em seu corpo toda a potência de ser e fazer o que quiser, ter o entendimento da fisiologia do gestar e parir (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

O **artigo 11** discorre sobre a necessidade de “legitimar as escolhas das mulheres, conferindo autonomia como uma forma de ser e de agir durante todo o processo” (OLIVEIRA; PENNA, 2018, p.1309).

E essa restituição da capacidade de parir precisa ser lapidada, trabalhada durante o desenvolvimento gestacional, para que se desenvolva na mulher o seu protagonismo e sua força corporal e mental, para conseguir cumprir todo o ciclo do gerar e parir um filho.

E a base para mudança de comportamentos é através da educação. No **artigo 15**, os autores mostram como a informação clara pode modificar as escolhas das mulheres:

A falta de informações precisas sobre o parto vaginal, bem como o não reconhecimento das técnicas que auxiliam na progressão segura e confortável do trabalho de parto pode dificultar a manutenção da preferência por esse tipo de parto, do início ao termo da gestação, como se verificou neste estudo (ARIK et al., 2019, p.52).

Porém, “ainda que o conhecimento não garanta o cumprimento das determinações, ele favorece o empoderamento, a busca de um parir e nascer permeados por uma assistência integral, humanizada e de qualidade”, como é relatado no **artigo 14**. O que se faz importante é que a mulher tenha estrutura e conhecimento para se permitir parir da maneira que ela considera melhor para si e para seu filho (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019, p.8).

O aconselhamento ofertado às gestantes deve ser sempre pautado no respeito e relações equânimes, aceitando a diversidade de experiências e planejamentos reprodutivos, cabendo a participação delas sempre, envolvendo-as no processo de decisão, como muito bem discorridos nos **artigos 01, 03, 13 e 15**.

Cabe o respeito às escolhas, aos desejos, valorizando seus sonhos, e mesmo que ela não sendo detentora de conhecimentos da área, ela tende a contribuir sempre, pois quem protagoniza o parto é ela, independentemente da via.

E para ter respeito com a mulher, é necessário ter respeito com a fisiologia do seu corpo, deixar a natureza agindo, e o profissional fornecendo apoio e suporte

quando necessário, buscando com ela maneiras de transformar o parto num momento transformador e especial.

E para resguardar o direito e o respeito às mulheres, as políticas públicas entram em cenário, legitimando diretrizes, sendo guias para profissionais e gestores na execução de atendimento de qualidade, promovendo dignidade e equidade.

Como também é citado o **artigo 05**, “nas políticas públicas da saúde reprodutiva das mulheres deve imperar o protagonismo da gestante no processo parturitivo, resguardando a sua autonomia e direitos” (VARGAS et al., 2014, p.126).

E quando se trata de pré-natal, práticas educativas e políticas públicas, percebe-se que estão entrelaçadas, no sentido de sempre atuarem juntos em benefício da mulher e sob competência dos responsáveis pela sua execução. Os profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros e médicos que são os que prestam cuidados diretos no período gestacional, parto e puerpério, não somente à mulher, mas também ao filho e restante da família.

Identifica-se na enfermagem uma diferença na assistência à gestante, pois é o profissional que mais assume a educação em saúde para esse público. No modelo hospitalar brasileiro, é classe de enfermagem que mais assiste às gestantes, parturientes e puérperas, acompanhando e auxiliando nos cuidados básicos ao mais complexos.

O **Artigo 17**, ao apresentar os discursos das entrevistadas, enfatizou que “em sua maioria relataram que o enfermeiro é o principal responsável por transmitir informações e elucidar conhecimentos a respeito da gravidez e do parto”, nos reportando a essencialidade da enfermagem dentro da assistência materno-infantil (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019, p.435).

O **artigo 15** também relata sobre a “necessidade do reconhecimento pelos enfermeiros e demais membros da equipe de saúde sobre o papel central da gestante/parturiente [...], incluindo na assistência a participação ativa e esclarecida das mesmas e de suas famílias”, conseguindo a partir das ações educativas desmistificar crenças que limitam o poder de decisão por parte dela e dos familiares (ARIK et al., 2019, p.52).

Nos discursos dos profissionais enfermeiros, evidenciou-se que a atuação desta categoria profissional ainda é tímida no que se refere à escolha da via de parto. Esta definição ainda é centrada no médico, embora o enfermeiro participe das discussões (OLIVEIRA; PENNA, 2018).

Como já apresentado, vimos a predominância da área da enfermagem nesses estudos, sendo profissionais muitos envolvidos e preocupados com os direitos das mulheres. Talvez por saber da importância do seu papel e de sua contribuição nesse cenário, tenha mais interesse na temática.

No **artigo 12**, os autores esperam que o estudo realizado com as puérperas possa “sensibilizar os profissionais de saúde quanto à necessidade de ampliar os recursos educativos com o objetivo de empoderar as mulheres durante a gestação, assegurando-lhes, assim, maior autonomia para o momento do parto” (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017, p.6).

Dando continuidade aos fatores facilitadores da autonomia da mulher no processo de decisão da via de parto, vimos que a presença do acompanhante durante o momento de internação hospitalar e até mesmo durante as consultas gestacionais contribui para autonomia.

As mulheres consideram a presença de alguém de sua escolha e confiança, seja ele marido, parceiro ou mãe, como suporte para lidarem com medos e angústias, conforme relatado os **artigos 02, 05, 10 e 13**.

[...] eu tinha meu marido junto comigo. [...] acho que se eu não tivesse o apoio dele, não teria sido satisfatório(E1) (SILVA et al., 2018, p.6).

Em uma pesquisa realizada em uma maternidade pública de Porto Alegre-RS, onde é permitida a presença do acompanhante, as entrevistadas reforçaram que ter o acompanhante traz conforto e segurança na tomada de qualquer decisão (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1173).

E essas mesmas puérperas consideram que no pós-parto o tratamento dado a elas é mais humanizado e sempre no intuito de estimular o vínculo mãe-bebê e aleitamento materno. Chegando a entender que “como se o corpo da mulher fosse mais bem cuidado quando se transforma em “corpo de mãe”.

Eles deixam a gente ficar com acompanhante no quarto. Minha mãe passou o dia comigo e o meu esposo dorme comigo” (Adriana, 22) “É muito bom. Te passa mais segurança. Saber que tu não está sozinha. O conforto do familiar sempre é especial (Margarida, 36 anos). (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1176).

Com base nos resultados da pesquisa ‘Nascer no Brasil’ permitiu-se identificar que algumas maternidades não permitiam a presença de acompanhante, apesar de ser garantida por lei desde 2005. E que infelizmente os marcadores sociais se fazem

presentes também nesse quesito, posto que mulheres com maior vulnerabilidade social e econômica, negras e multíparas, apresentaram menor chance de ter acompanhante durante a internação (DINIZ et al., 2014).

Diversos benefícios são atribuídos à presença de acompanhante, sendo um dos maiores o de diminuir a duração do trabalho de parto, momento de muita espera e dor por parte da maioria das parturientes. “Além de influenciar positivamente na formação dos laços afetivos familiares, principalmente se este acompanhante for o pai” (VARGAS et al., 2014, p.1029).

O **artigo 02** relata que no Hospital Maternidade onde o estudo foi feito “é instituído a presença do acompanhante, porém somente é permitido o do sexo feminino”, não respeitando a legislação vigente (VARGAS et al., 2014, p.1029).

O **Artigo 06** traz também essa discussão, e encara como um desafio para a equipe de saúde e paciente, “pois o cenário é de uma falta de estrutura física do serviço, que não permite a privacidade da mulher, e uma complexa dinâmica hospitalar desfavorável para atender a tal demanda que é direito da gestante” (SILVA et al., 2015, p.12).

O direito a presença do acompanhante para gestante é garantido pela Lei nº 11.108/05, essa lei garante a todas as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Lei foi assinada durante o II Congresso Internacional de Humanização do Nascimento, no Rio de Janeiro. Sendo importante ressaltar que a referida Lei garante a entrada do acompanhante e não se coloca excludente quanto ao sexo do mesmo (BRASIL, 2014).

E partindo agora para a discussão dos fatores que dificultam a parturiente exercer sua autonomia, o medo da dor foi um deles. “O medo da dor durante o trabalho de parto revelou-se como sentimento frequente nos discursos”, encontrados no **Artigo 15** (ARIK et al., 2019, p.52)

Se a assistência ofertada às mulheres não contar com métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, o corpo da mulher pode ir chegando à exaustão, até não poder mais contribuir com a segurança no parto. “Dentro da assistência humanizada do parto existem variadas possibilidades de suporte para o alívio da dor ofertado às mulheres, tanto de alívio das dores físicas e até suporte emocional”, cabe aos profissionais e instituições fornecerem essas alternativas para minimizar esse sofrimento (ARIK et al., 2019, p.52). Massagem, água quente, bola, alongamentos...

as opções existem. E sempre há a possibilidade de uma analgesia local bem aplicada, num contexto de cuidado adequado. Contudo, “A medicalização excessiva influenciou a capacidade da mulher de enfrentamento autônomo da experiência de parir, gerando dependência, heteronomia e um consumo abusivo e contra produtivo de cesarianas” (Letão et al., 2013, p. 2397).

O **Artigo 03** apresentou a relação entre o medo entre as mulheres com preferência pela cesariana, com percepções negativas sobre o parto vaginal, incluindo a possível incapacidade de não conseguir parir e sobre a maneira como é assistido o parto normal. E “o medo da dor do parto vaginal foi referido por uma proporção significativamente maior de primíparas atendidas pelo SUS.” [...] “medo da cesariana, seja pelo medo de cirurgia e/ou da anestesia, foi mais frequente entre múltiparas do setor público” (DOMINGUES et al, 2014, p.109).

O **Artigo 10** mostra que “a experiência negativa de um trabalho de parto influenciou uma puérpera a não se sentir capaz de passar por essa experiência novamente, preferindo dessa vez fazer a cesariana” (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1173).

Prefiro cesárea, porque parto normal é complicado, por medo da dor. Porque eu senti a dor do parto normal sem dilatar, pra ela nascer. Eu acho que eu não ia conseguir fazer parto normal. Acho que eu ia gritar errado, eu ia fazer a força errada, acho que eu não ia conseguir. Tem que ser valente mesmo para fazer parto normal (Juliana, 31 anos) (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1173).

Domingues et al. (2014) discorrem que experiências anteriores negativas com o parto vaginal têm tido forte relação com a demanda por cesariana, principalmente quando a assistência ao parto normal não segue um atendimento humanizado e respeitador. E podemos crer que para escapar de tamanho sofrimento no parto, como muito bem relatado em vários estudos já citados, a mulher então aceita a cesárea, pois acredita que ali ela estará segura e bem atendida, sendo o sofrimento menor.

Em relação a essa percepção de que a segurança da mulher independe do tipo de parto, o **Artigo 03** apresentou predominância de mulheres com preferência inicial pela cesariana no setor privado, e que nesse mesmo setor “observou-se percentual maior de mulheres que acreditavam que o parto cesáreo era o parto mais seguro, ou que ambos os tipos de parto eram seguros para a mulher”, e no setor público as mulheres em sua maioria relataram que o parto normal é o mais seguro (DOMINGUES et al., 2014).

E essa percepção insuficiente “pode ser entendido como uma falta de estímulo para que a mulher persista na sua opção pelo parto vaginal” (DOMINGUES et al., 2014). É necessário então o diálogo e o uso de ferramentas que facilitem o entendimento sobre os benefícios do parto normal, e da capacidade de parir.

A preferência pela cesárea entre os profissionais da saúde se dá pela influência de diversos aspectos, “dentre elas a conveniência da cesariana por questões econômicas e financeiras, existindo a possibilidade de um aconselhamento enviesado” para as mulheres. Podendo ser então um fator que dificultará o processo de decisão da mulher (DOMINGUES et al., 2014).

Muitas mulheres recorrem a assistência particular acreditando que, pagando, elas terão mais segurança e melhor qualidade no atendimento. Confiam que os prestadores de serviços estão ali para proporcionar o melhor a elas; contudo, esses profissionais aproveitam da oportunidade para lucrarem com os procedimentos intervencionistas, uma vez que a simples assistência ao parto natural não demanda tecnologia de custo alto para sua execução.

O comércio em torno da saúde é grande, e na assistência obstétrica não é diferente. A oferta de tecnologias e “conforto”, nem sempre está atrelada à segurança da mãe e do bebê, só que isso não é informado pelos profissionais. E o acesso a essas informações é sempre dificultado, por razões pessoais do médico e institucionais do hospital.

Sobre essa pouca importância dada sobre o papel da informação para o processo de decisão das mulheres por parte dos profissionais da saúde, os **artigos 03 05, 06, 12, 15 e 16** apresentaram esse triste fato, descoberto entre seus dados de pesquisa. “O papel dos profissionais no cuidado à saúde durante a gestação tem especial importância, uma vez que suas opiniões vão influenciar a percepção das mulheres durante todo o processo, especialmente na decisão da via de parto” (DOMINGUES et al., 2014, p.112). É preciso buscar um novo paradigma na atenção à saúde obstétrica centrado na autonomia do usuário enquanto sujeito protagonista de direitos, bem como na atenção articulada e humanizada e atitude ética nas relações intersubjetivas (SENA, 2016). Somente com mudanças estruturais as mulheres terão maior espaço de atuação no que se refere aos seus corpos e processos gestacionais e parturitivos.

O **artigo 12** averiguou que 72,0% das mulheres entrevistadas “não foram nem mesmo questionadas quanto a sua preferência em relação ao tipo de parto”,

reforçando a perda dos direitos da paciente dentro da assistência médica (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

Quando há algum impedimento para a realização do parto normal, a mulher tem o direito de ser sempre informada pelo profissional que a assiste, como relatado nos **artigos 06, 13 e 17**. A falta de informações claras e reais, pode determinar a mudança no processo de tomada de decisão sobre a escolha do tipo de parto, principalmente para aquelas mulheres que se encontram com dúvidas e em situação de vulnerabilidade, como no caso em que ela esteja com dor.

E a linguagem inadequada para o entendimento da mulher pode comprometer ainda mais esse entendimento, colocando a mulher em constrangimento e falta de argumentos para declarar suas dúvidas e vontades.

A falta de diálogo entre profissional e paciente é algo que dificulta muito a autonomia da mulher, pois ela não encontra espaço para se colocar no momento do atendimento prestado. A comunicação deficiente também é presente quando o médico comunica que a cesárea será realizada e não justifica os verdadeiros motivos da sua realização para a parturiente. Por mais que saibamos da essencialidade do parto cirúrgico na redução da morbimortalidade materno-infantil, a indicação incorreta pode aumentar os riscos de mortalidade tanto da mãe quanto do bebê.

O **Artigo 10** relata que no próprio momento da cesariana não se oferta nenhum diálogo à mulher, apesar da quantidade de profissionais que estão ali envolvidos na assistência do procedimento cirúrgico, reforçando que independente do lugar e via de parto, a comunicação ineficaz é prejudicial para a tomada de decisão da mulher.

O **artigo 18** coloca que “apesar da complexidade e especificidade exigidas para discorrer sobre o parto cirúrgico, é possível, mediante a comunicação, aproximar a mulher para que compreenda e tome posse do seu processo parturitivo” (BARRAL et al., 2020). No parto cirúrgico, aí sim que as parturientes são impedidas de participarem de qualquer forma, são colocadas em posição horizontal, têm seus braços amarrados e com uma barreira visual de campos cirúrgicos que as impedem de visualizar qualquer procedimento que esteja sendo realizado em seu corpo.

“Passei um pouco mal por causa da injeção. Eu senti enjoo e tontura. Tu não enxerga nada ali. Não está vendo nada. Então tu não sabe como é que está o bebê” (Cássia, 33 anos) (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1174).

“Verificou-se que a mulher era monitorada constantemente pelo anestesista e que na sala ficaram vários profissionais assessorando a cirurgia. [...] Não houve diálogo entre os profissionais e a gestante”. (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1176).

Segundo autores essa “posição horizontal está relacionada com o processo histórico de medicalização do parto na medida em que favorece a visualização do profissional, sem levar em consideração o que seria mais confortável para a mulher” (MAIA, 2010). Durante a cesárea é de rotina a mulher estar consciente, permitindo que ela compreenda todas as informações que forem dadas a ela. E com toda a desinformação sobre o procedimento, aumenta ainda mais a sua vulnerabilidade, limitando o seu poder de decisão, e reforçando a hierarquia dominante (BARRAL et al., 2020).

“Pôde-se perceber que, independentemente do tipo de parto, as mulheres expressaram o desejo de participar [...] As puérperas que realizaram cesárea passaram pela angústia de “não poder ver nada”. E que o sentimento mais citado entre essas entrevistadas, foi o de alívio quando o filho nasce, principalmente quando esse filho nasce bem (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1174).

No parto normal a posição para parir ainda não é de escolha da mulher, como preconizam as boas diretrizes. A posição litotômica é a mais utilizada no momento do período expulsivo do parto normal, pois essa posição favorece uma melhor visualização e comodidade para o profissional que está ali prestando cuidados (nem sempre os melhores cuidados, como se viu) para a parturiente.

A perna adormeceu de ficar daquele jeito. Mas tem que fazer força, né” (Margarida, 36 anos). É muito complicado ficar de perna pro ar. Mas sinceramente eu acho que eu não vejo outra. É uma posição desconfortável, mas acho que não tem outra melhor pra ganhar nenê. Acho que é esse mesmo, não existe outra. Até porque se já existisse já teria sido usada, né? Mas não, não existe (Inês, 32 anos). Mas aí não pode [mudar de posição], porque em todos os hospitais é do mesmo jeito, então onde um mudar os outros vão mudar também, mas enquanto isso não acontecer vai continuar a mesma coisa, o que é bem complicado. Tu sai da maca pra enfiar as perna lá em cima, ai meu Deus (Daniela, 31 anos) (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1173).

No **artigo 10** têm relatos de mulheres que sentiram vontade de se movimentar durante o período expulsivo, porém conforme orientado pelos profissionais, ficaram na posição de litotomia acreditando que seria o melhor para elas e para o desfecho do parto. Cabe enfatizar que essa posição não é mais padronizada conforme a

Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, e que a mulher que deve escolher a maneira mais confortável de parir (BRASIL, 2017).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) mostram as melhores condutas a serem adotadas pelos profissionais da saúde, como e qual a finalidade de incentivar as parturientes a adotarem as posições mais confortáveis para elas (cócoras, lateral, quatro apoios), sendo ainda contraindicado a imposição de posições horizontalizadas (como a de litotomia).

Oliveira e Penna (2018, p.1310) referem no **Artigo 11** que é a “herança de um modelo tecnocrático de assistência ao parto, que difundiu a ideia de passividade da mulher imobilizada durante o parto, enquanto sofre intervenções por profissionais desconhecidos para abreviar o tempo até o nascimento”.

“As mulheres são colocadas em um lugar passivo no processo de parturição e os profissionais mantêm o seu status de autoridade, estabelecendo assim uma relação verticalizada e despersonalizada” (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1179).

O **Artigo 11** de Oliveira e Penna (2018, p.1307) relata que diversas parturientes apresentam “uma atitude de passividade e conformismo frente às determinações e imposições dos profissionais de saúde. Pouco se questiona, o imperativo parece calar-se diante de um tratamento hostil e desrespeitoso”.

E a continuidade dessas práticas dentro da assistência está atrelado “às relações hierárquicas dentro do hospital, que colocam as mulheres num lugar passivo, limitando o espaço no qual podem se expressar e ter liberdade de conduzir o parto conforme sua vivência no corpo” (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1173).

Percebemos, desta forma, o que muitas vezes está enraizado na cultura da sociedade, colocando o profissional de saúde como o detentor do saber, e de que elas, no caso as parturientes, não têm o direito de se manifestar. Porém a humanização da assistência está se desenvolvendo para mudar esse mito. Pois neste momento do nascimento é a mulher a protagonista do parto, que deve ter a liberdade de se manifestar e fazer o que quiser, para tornar esse momento melhor para ela e para o seu filho. Não é a equipe de saúde que deve ordená-la como fazer (VARGAS et al., 2014, 1027).

O combate a essas desigualdades, iniquidades e injustiça imputada às mulheres no cenário do parto implica em perda de poder por parte dos profissionais, colocando-os em uma posição não mais elevada que a da mulher. O que acontece na prática, é que o respeito à autonomia está contrário ao modelo paternalista e patriarcal, em que o médico isoladamente toma as decisões, impedindo a atuação da

mulher como protagonista do seu parto. Sendo o modelo participativo considerado ideal sob o ponto de vista ético, onde o profissional respeita o direito de informação ao paciente, orienta e aconselha-a, para que ela tenha uma tomada de decisões livre e consciente (UGARTE; ACIOLY, 2014).

O processo de medicalização do parto, é caracterizado também por um processo de anulação da subjetividade da mulher. A medicalização de um evento natural, como o parto, tirou da mulher a sua relativa autonomia e iniciou, a partir daí, a originar vários episódios de violência contra as mulheres (SENA, 2016).

Não cabe, em nenhum momento, ao profissional de saúde persuadir a mulher a submeter-se a um determinado tratamento com o qual ela não concorde, a coagindo, interferindo na sua tomada de decisão. Como acontece, por exemplo, quando os médicos utilizam de falsas indicações de cesáreas, relatam riscos irreais, para submetê-las à cirurgia (SILVA; SERRA, 2017; DINIZ, 2015). Durante o processo de parturição grande parte das mulheres são destituídas do poder sobre o seu corpo, são “vítimas de um modelo que não prioriza seu protagonismo e não corresponde ao que é posto nas políticas públicas relativas ao parto” (VARGAS et al., 2014).

Parturientes assumindo passividade e obediência perante a conduta de profissionais, e esses com domínio do corpo da mulher, com uma nítida posição hierárquica dentro do ambiente hospitalar, cabendo a mulher apenas a aceitar calada, pois qualquer manifestação a mais a deixa com medo de sentir uma represália, podendo interferir na assistência a ser recebida (PEDROSO; LOPEZ, 2017).

Dentro das relações de poder, muitos grupos sociais podem ser discriminados por mais de um motivo; por exemplo, pela raça, gênero, orientação sexual, classe, crenças etc. E a mulher pode se enquadrar em mais de uma situação que a deixa em espaços e situações de vulnerabilidade maior. (CRENSHAW, 2002).

Para Crenshaw (2002, p. 177) a interseccionalidade vem a tratar especialmente da “forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras”. Desta maneira, a interseccionalidade é um elemento que deve ser incorporado às práticas de cuidado da saúde da mulher. Pode tornar mais claro o modo como políticas e ações sociais podem gerar opressões que permeiam por tais sistemas discriminatórios.

As relações de interseccionalidade podem ser, por muitas das vezes, invisíveis, mas podem afetar sobremaneira aspectos do convívio social. O debate e inclusão da

interseccionalidade na área da saúde conseguirá elucidar os caminhos para mudanças desse modelo, pois como vimos todas essas questões ultrapassam os muros das maternidades.

A fragmentação das práticas de humanização presente na assistência às mulheres não permite a devida mudança, levam a crer apenas que são feitas com a finalidade de alcançar certas “metas exigidas pelo Ministério da Saúde do que para uma mudança de modelo de assistência, com dispositivos que potencializem a autonomia das mulheres em relação a como querem vivenciar seu parto” (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1180).

A humanização exige uma transformação profunda do modelo de assistência, da relação dos profissionais da saúde com as gestantes e parturientes, produzindo uma intersubjetividade que favoreça uma relação mais simétrica, que estimule o protagonismo da mulher no processo de parto/nascimento e que garanta seus direitos a uma parturição segura e prazerosa, para além do cumprimento de normativas, protocolos e metas institucionais (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p.1180).

Há a coexistência de profissionais “que prestam o cuidado de forma integral e consoante com as políticas de humanização, quanto outros que reafirmam a opressão e o poder sobre o corpo da mulher, institucionalizado pelo modelo biomédico” (SILVA et al., 2015, p.3)

A interseccionalidade é utilizada para debater diversas questões e problemas sociais, como esse em que a questão de gênero é tão desrespeitada. De acordo com Collins e Bilge (2021), a interseccionalidade elucidada questões complexas de cunho social.

As diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro direciona a assistência à população de forma universal, com equidade e integralidade, porém ainda se questiona o quando ainda precisamos avançar para concretizar esses princípios.

Com a interseccionalidade das desigualdades de classe, raça e gênero, muitos grupos são discriminados; sendo assim, a necessidade de criação de políticas públicas específicas que possam atender os que são tratados de forma desigual é urgente. A compreensão da categoria interseccionalidade pode ajudar as/os formuladoras/es de políticas nessa direção.

Em relação ao desrespeito aos direitos reprodutivos o **Artigo 06** diz que são oriundos das deficiências dos serviços hospitalares, o que interfere na capacidade resolutiva dos tratamentos, não favorecendo um atendimento integral e humanizado.

O processo de negação dos direitos das mulheres, como condição necessária ao exercício da cidadania, sempre acompanhou a mulher, imbuindo a mesma de uma visão fragilizada quanto ao seu papel social e familiar. Percebe-se que esta construção social, perpassa pelos serviços de saúde e acaba por influenciar as práticas profissionais, mediante uma relação de dominação daquele que é “dono do saber científico” diante da mulher, um “ser passivo” (SILVA et al., 2015, p.6).

As políticas públicas da saúde reprodutiva das mulheres resguardam o protagonismo da mulher no processo parturitivo, preservando a autonomia e seus demais direitos especialmente no processo da gestação, parto e puerpério (VARGAS et al., 2014).

Utilizando da autora de grande representação nesse debate Lígia Sena (2016) para finalizar essa categoria temática, ela discorre em sua tese de pós doutorado em saúde coletiva, que assim é chegada a hora de se buscar um novo paradigma na atenção à saúde obstétrica. Centrado na autonomia do usuário enquanto sujeito protagonista de direitos, bem como na atenção articulada e humanizada e atitude ética nas relações intersubjetivas.

5.1.2 Processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres.

Um fato em que podemos nos apegar, considerando o que já foi estudado, é que não existe a humanização do parto sem a promoção da autonomia da mulher, sendo essa uma premissa necessária para a efetivação da bioética no parto e na assistência à saúde da mulher.

O “Princípio da autonomia, entendida como a capacidade da pessoa de decidir o que é “bom”, o que é adequado para si, de acordo com seus valores, suas necessidades e seus interesses” (NASCIMENTO et al., 2015, p.123).

O **Artigo 07** discorre que há a “influência de diferentes mecanismos institucionais, individuais e coletivos, de experiências prévias, do poder médico e da família, da ausência de ação dialógica no período pré-natal, do interesse, curiosidade e bagagem cultural, entre outras” no processo de decisão da via de parto (NASCIMENTO et al., 2015, p.123).

No **artigo 06** seus autores reforçam que aniquilar as desigualdades e favorecer o empoderamento da mulher implica na mudança de postura dos profissionais de

saúde, e que essa mudança se faz urgente “pois naturalizar práticas inadequadas reforça as desigualdades em saúde” (SILVA et al., 2015).

O respeito à mulher transforma o nascimento num momento único e especial. Ela tem o direito de participar das decisões sobre sua saúde e ações relacionadas ao seu próprio corpo, inclusive o tipo de parto ao qual será submetida. Preliminarmente, para que a mulher possa fazer escolha do tipo de parto, são requeridos conhecimento, informação e poder para tomada de decisão (NASCIMENTO et al., 2015, p.123).

São variados os fatores que determinam o índice de cesarianas no nosso país, acrescentados de particularidades regionais e culturais, e mudanças no comportamento profissional para com a mulher são necessárias, conforme abordado o **artigo 08**.

Jardim, Silva e Fonseca (2019) no **Artigo 17** afirmam que “apesar da maioria das participantes do estudo optarem pelo parto normal, acredita-se que suas preferências não partiram de uma discussão com os profissionais sobre os inúmeros benefícios desse tipo de parto”.

E considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres, segundo Zamboni (2014, p. 14):

“Em termos de raça, por exemplo, os indivíduos podem ser classificados como negros ou brancos, morenos ou mulatos, asiáticos ou indígenas. Cada uma dessas categorias de classificação está associada a uma determinada posição social, possui uma história e atribui certas características em comum aos indivíduos nela agrupados”.

O mesmo autor discorre que as desigualdades e diferenças são construções da sociedade, e que podem existir outras desigualdades, e que um mesmo indivíduo pode se enquadrar em mais de uma, alterando a experiência dele dentro de um determinado contexto social.

“Entre essas características, algumas têm um peso profundo na definição da experiência dos indivíduos. Elas estão ligadas a relações de poder e sistemas de dominação mais amplos, sendo responsáveis pela produção e reprodução de desigualdades”. (ZAMBONI, 2014, p. 15).

Os dados demonstrados por Leal et al (2017, p. 08) frutos da pesquisa Nascer no Brasil, “mostraram grandes disparidades sociais e econômicas entre as mulheres segundo a raça/cor [...] foram verificados piores indicadores de atenção pré-natal e parto nas mulheres de cor preta e parda, em comparação às brancas”.

Onde afirmam que mulheres pardas e pretas recebem uma assistência mais deficiente em relação as brancas, incluindo menos intervenções obstétricas, como por exemplo ausência da anestesia local quando submetidas à episiotomia, pré-natal insuficiente, alta precoce e dentre outras iniquidades, demonstrando um menor cuidado oferecido a essas mulheres.

“Evidenciando aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura”. (LEAL et al,2017, p.10)

E recebendo assistência de má qualidade e preconceituosa, resultando assim em uma má adesão aos tratamentos e procura baixa dos serviços de saúde por parte dessas mulheres. Elevando as taxas de morbimortalidade entre essas mulheres, em consequência de um tratamento desumano para com elas.

“A melhoria da qualidade da atenção à saúde implica eliminação de iniquidades raciais”. (LEAL et al,2017. p.13). Segundo os autores, são elementos inseparáveis, uma vez que discrepâncias raciais dentro da atenção à gestação e ao parto resultam para as discrepâncias nos indicadores finais da saúde, o que não vai de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Considerando que os causadores maiores das iniquidades estão em todos os locais da sociedade, cabe o setor da saúde um olhar diferenciado, procurando utilizar ferramentas que coibam práticas discriminativas entre os profissionais.

“Apenas metade das mulheres atendidas no setor público teve acesso a práticas benéficas e de baixo custo, como a possibilidade de deambulação, de consumo de alimentos e de utilização de métodos não farmacológicos” (VELHO,2019, P.9) recomendações mundialmente difundidas pela OMS.

E o reconhecimento de fatores que determinam ou influenciam a mudança e/ou construção do processo de decisão pelo tipo de parto, faz parte da linha de cuidados para o nascimento saudável, e os profissionais e instituições precisam estar preparados para variadas demandas (ARIK et al., 2019, p.52).

Então, quando analisamos todos os processos envolvidos na produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da

diferença percebemos o quanto esse processo está enraizado na sociedade como um todo, principalmente quando recorremos a autores do século passado que já que enxergavam a questão de o poder ultrapassar barreiras.

A evidência desses fatos discriminatórios e heteronômicos dentro das maternidades, apenas confirma o quanto essa questão acompanha a mulher em todos os ambientes em que ela esteja, principalmente nos momentos de maior vulnerabilidade.

E sob “a perspectiva dos marcadores sociais da diferença oferece um instrumental útil para entender a complexidade desse momento, tanto em termos de seu potencial quanto de seus desafios”. (ZAMBONI, 2014, p.18)

Analisando o ambiente do nascimento, a assistência médica e hospitalar recebida pelas mulheres, tomamos consciência do seu impacto na experiência das mulheres, e quanto essa discussão necessita de ser ampla e com variadas áreas, saúde, social, econômica e de direito.

Bastos (2009) afirma que essa construção é um processo sociopolítico e educacional dinâmico, de natureza complexa e que precisa ser continuamente avaliado, para que os recursos tenham aproveitamento efetivo e satisfatório para os envolvidos, tanto a mulher como os profissionais da saúde.

Explicando detalhadamente para a mulher sobre os riscos substanciais que porventura possam existir em determinado tipo de parto, para si ou para seu filho, e que as compreensões dela são importantes para um bom cuidado. O comprometimento ético dos profissionais para com a vida de ambos deve ser trabalhado na formação tanto da área de enfermagem quanto medicina e outras profissões da saúde (SENA, 2016).

Pois segundo esses autores, se houvesse uma partilha de intenção por parte das gestantes, essas poderiam ter sua autonomia diminuída ou serem submetidas a decisão tomada pelo profissional.

5.1.3 Atores que influenciam na tomada de decisão da via de parto pela mulher

Toda decisão é baseada em influências variadas como vimos anteriormente, porém também existe atores/pessoas que podem influenciar na tomada de decisão da via de parto pela mulher.

E saber quem são esses atores é o último objetivo dessa revisão integrativa, para isso coletamos discursos e relatos dos artigos selecionados para obter indícios dessa resposta, pois como mostraremos abaixo, os artigos não apresentaram claramente essa questão.

No **artigo 7** foi “evidenciado que experiências prévias com o parto, interferências familiares, interação profissional — cliente nas consultas pré-natais e fontes eletrônicas de informação influenciaram na escolha do tipo de parto” (NASCIMENTO et al., 2015, p.125).

No **Artigo 12** os autores declaram que “houve baixa participação delas na decisão da via de parto. Esses dados demonstram a necessidade de articular novas práticas a fim de melhorar a autonomia e o potencial de escolha das mulheres” (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017, p.7).

Em uma pesquisa com gestantes sob acompanhamento em serviço público de um município do interior paulista, mostrou-se que “as experiências dos familiares interferiram na escolha da gestante pelo tipo de parto, principalmente quando foram partos vaginais”. E quando os familiares identificavam alguma fragilidade na gestante já instigavam a decisão pela cesariana (ARIK et al., 2019, p.52). Conclui-se que existem atores nesse cenário que não apenas influenciam, mas que acima de tudo tomam a decisão no lugar das mulheres sem ao menos questioná-las, roubando delas a dignidade e a capacidade de autonomia sobre seu próprio corpo.

O **artigo 11** averiguou que as parturientes entrevistadas “não participaram efetivamente da escolha do tipo de parto. Para algumas mulheres, esta opção foi determinada pelo profissional de saúde ou atribuída à uma força espiritual, para Deus” (OLIVEIRA; PENNA, 2018, p.1306).

Pra mim foi Deus, porque na hora, tava tudo indicando que ia ser normal. (M 6) Na hora mesmo que decidiu não sabia o que ia ser eu vim no caminho todo pedindo a Deus que fosse normal, a recuperação é mais rápida. (M 7)
(OLIVEIRA; PENNA, 2018, p.1306).

O **artigo 16** discorre que “a decisão do profissional de saúde tem um peso significativo na decisão da mulher pela via do parto” (SILVA; SILVA; MELO, 2019). Conformadas com condutas estabelecidas pelos profissionais de saúde, muitas mulheres não os questionam e se calam diante de um tratamento nada respeitoso, não sabendo se manifestar, entregam seus corpos e seus filhos para o cuidado deles (OLIVEIRA; PENNA, 2018).

O **Artigo 18** detalha que em sua pesquisa, as entrevistadas foram somente mulheres submetidas a cesárea e que em seus discursos a “decisão pela via de parto foi exclusivamente do profissional médico, sendo sua participação suprimida nesse processo, ainda que tentassem se colocar”. Importando para essas mulheres somente o nascimento do seu filho, agindo de forma pacífica perante a decisão médica, atribuindo ao médico o saber sobre os procedimentos necessários (BARRAL et al., 2020).

Os discursos das mulheres e dos profissionais de saúde revelam que a decisão do tipo de parto implica em uma dependência excessiva da determinação do profissional médico, em ações não baseadas em evidências científicas e numa inversão de valores no campo social e da saúde, nos quais a cesárea tornou-se a regra (OLIVEIRA; PENNA, 2018, p.1310).

Ao longo da história humana, foram elaboradas leis, tanto jurídicas como morais, com a finalidade de garantir o exercício da autonomia. Contudo, nos deparamos com muitos grupos ou sujeitos sociais que não usufruem desta mesma autonomia. Como nas sociedades patriarcais, em que os homens se estabelecem sobre as mulheres, ou quando um único médico decide sobre a atuação de outros profissionais de saúde (CAMPOS; CAMPOS, 2006). Assim, a autonomia se torna uma questão de ordem política, materializada nas relações de poder e subordinação.

O **Artigo 07** sugere “elucidar os distintos fatores que influenciam na escolha do tipo de parto, para que mais mulheres sejam ouvidas e exerçam o direito de decidir como preferem dar à luz” (NASCIMENTO et al., 2015, p.125). Resultando em profissional de saúde determinando a via de parto e poucas mulheres tendo seu poder de escolha atendido. E como já vimos, que a autonomia e a liberdade são fatores imprescindíveis para que as mulheres conquistem seus direitos (GUEDES; FONSECA, 2011).

Não cabe, em nenhum momento, ao profissional de saúde, persuadir a mulher a submeter-se a um determinado tratamento com o qual ela não concorde, a coagindo, interferindo na sua tomada de decisão. Como acontece, por exemplo, quando os médicos utilizam de falsas indicações de cesáreas, relatam riscos irreais, para submetê-las à cirurgia (SILVA; SERRA, 2017; DINIZ, 2015).

O que acontece na prática, é que o respeito à autonomia está contrário ao modelo paternalista e patriarcal, em que o médico isoladamente toma as decisões, impedindo a atuação da mulher como protagonista do seu parto. Sendo o modelo

participativo considerado ideal sob o ponto de vista ético, onde o profissional respeita o direito de informação ao paciente, orienta e aconselha-a, para que ela tenha uma tomada de decisões livre e consciente (UGARTE; ACIOLY, 2014).

Contudo, o **artigo 01** discorre que “sobre a escolha do tipo de parto, a maioria das entrevistadas negou influência do médico obstetra que as acompanhava, mas confirmou que principal fonte de informação das gestantes adveio dos profissionais de saúde.” (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013, p.515), corroborando com os demais resultados encontrados nos outros estudos.

É necessário entender que as mulheres têm o direito de aceitar ou não o que os profissionais da saúde impõem, e que a vontade desses profissionais nem sempre coincide com as necessidades das pessoas, cabendo nesse cenário o diálogo, permitindo que os sujeitos encontrem a melhor solução em cada contexto, sempre lembrando do protagonismo e respeito à decisão da mulher.

5.2 Questões limitadoras

Os estudos selecionados abordaram apenas as populações do sul e sudeste do país, sendo necessário conhecer outras realidades, como das populações ribeirinhas, quilombolas, moradores rurais, causando assim limitação de alcance de um debate mais amplo sobre a realidade de outros contextos. Acredita-se ser relevante auferir o impacto da medicalização do parto sobre a população rural, que em muitos casos é desprovida de facilidades tecnológicas e de assistência regular à saúde.

Os estudos selecionados mostraram também essa necessidade de ampliar o cenário de sujeitos interagindo no cenário social do parto. Só assim é possível averiguar se as políticas públicas estão atendendo às comunidades, preservando os direitos constitucionais dos cidadãos, como é mencionado pelos autores dos **artigos 07, 09, 12, 15**.

A realização de estudos comparativos em diferentes instituições e municípios, a partir da mesma metodologia, pode encontrar outros resultados, contando com atenção emancipatória durante a parturição, numa perspectiva assistencial mais apropriada às mulheres, e elucidar os distintos fatores que influenciam na escolha do tipo de parto, para que mais mulheres sejam ouvidas e exerçam o direito de decidir como preferem dar à luz (NASCIMENTO et al., 2015, p.125).

No **artigo 12** os autores reclamam do reduzido número de estudos que incluem a avaliação da participação das mulheres na decisão sobre a via de parto, além do pouco interesse, por parte dos profissionais, em ouvir as mulheres quanto à sua participação nas decisões sobre o seu corpo. Outros estudos que se limitaram em verificar associações estatísticas, sugeriram pesquisas qualitativas para auxiliar na identificação de fatores e causas da medicalização do parto e da perda da autonomia da mulher, conforme Mazoni et al. (2017).

Pesquisas que investiguem as reais condições clínicas da gestante e as atitudes da equipe obstétrica, da gestante e da família quanto ao tipo de parto, se fazem necessárias. Isso para averiguar a relação desses fatores com a questão das desigualdades socioeconômicas, e como operam principalmente na realização do parto cesáreo (FREITAS; FERNANDES, 2016).

A mulher em processo gestacional e parturição tem tanto mudanças fisiológicas quanto psicológicas e essas alterações podem alterar o comportamento e sentimentos, mudando sua relação diante da vida cotidiana e perante a família e a coletividade. Fazer pesquisa com essas mulheres, ouvi-las, se faz necessário; pode emergir uma gama de interpretações subjetivas a partir desses fatores discorridos.

Mulheres gestantes apresentam inquietudes diferentes de parturientes e puérperas. Cada uma está passando por momentos e necessidades variadas, como maior ou menor grau de estresse, por exemplo, influenciando suas respostas aos questionamentos das pesquisas (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

No **artigo 11** os autores relatam que os médicos dizem encontrar dificuldades para argumentarem sobre a escolha do parto, pois muitas mulheres já escolhem a via de parto antes mesmo de engravidar, preferem a suposta facilidade que a cirurgia pode oferecer, principalmente na questão de não sentir dor (OLIVEIRA; PENNA, 2018). A informação de qualidade não está disponível a todas, e permanecem as representações da dor, do sofrimento intenso associado ao parto. “E o profissional de saúde, diante desse fenômeno e da dificuldade de sustentar o seu discurso, acaba tomando decisões, influenciado por questões financeiras, de comodidade e de tempo” (OLIVEIRA; PENNA, 2018, p.1308). Então, a mudança nos valores culturais e sociais estão presentes não somente no comportamento dos profissionais, mas também das mulheres.

Sem argumentos para convencer a mulher, o médico se diz persuadido pela parturiente e num discurso de vitimização transfere a 'culpa' do número excessivo de cesáreas para a parturiente, que na perspectiva dele não quer sentir dor, não colabora durante o processo, o que causa certa intolerância e constrangimento (OLIVEIRA; PENNA, 2018, p.1308).

Encontramos lacunas nos estudos também quando partimos para reflexões e discussões mais aprofundadas sobre onde encontrar os motivos de grandes mudanças culturais e sociais, como no da temática desse estudo. Para isso se faz necessário convocar uma argumentação mais sociológica e antropológica, principalmente acerca da predominância da cesárea e do “processo de escolha”, “preferências”, “decisões” e /ou “opiniões” de profissionais da saúde e mulheres no tipo de parto.

Faz-se mister que o fenômeno continue a ser estudado em profundidade, utilizando pluralidade teórica e metodológica, para que se possa construir um cabedal de saberes que subsidie as políticas públicas da atenção à saúde da mulher e do bebê. Ademais, a luta por maior autonomia perpassa toda a vida das mulheres e meninas, e cabe às e aos profissionais do cuidado em saúde delas participarem e com elas contribuírem.

6 CONCLUSÕES

Essa revisão integrativa versou sobre as possibilidades que tendem a auxiliar na compreensão da problemática da autonomia da mulher (direitos reprodutivos) na hora do parto, estimulando a inovação não só da prática, mas também da pesquisa científica. Consideramos a relevância de mapear publicações referentes à temática de interesse e identificar lacunas e assim propor novos estudos averiguem essas questões emergentes.

E entendemos que dentro das Ciências Sociais, a temática do parto e do nascimento propicia uma reflexão sobre o próprio lugar social que o processo do parto ocupa em nossa sociedade.

O recorte amostral dessa revisão integrativa totalizou 18 artigos. Primeiramente, fizemos uma análise dos dados dos artigos selecionados. Foram identificados 73 autores, de variadas áreas do conhecimento, e encontramos a predominância da área da enfermagem entre os autores, evidenciando o interesse desses profissionais na mudança do modelo atual de assistência ao parto. Também se ressaltou a predominância de pesquisas realizadas no sul e sudeste, limitando um conhecimento mais amplo sobre as variadas culturas do país, principalmente nos meios não urbanos.

Em relação a caracterização das mulheres incluídas nas pesquisas, a faixa etária das mulheres pesquisadas esteve em sua maioria entre 18 e 50 anos, incluindo pesquisas com adolescentes também. No que se diz respeito à escolaridade das mulheres, a maioria dos estudos tiveram a participação de mulheres com ensino médio completo.

Em referência à cor da pele, nos estudos selecionados a cor não branca esteve presente em 06 pesquisas, enquanto a branca predominou em somente 03 pesquisas; 09 estudos não especificaram esses dados. Em relação ao estado civil, a maioria dos registros foram de que as mulheres vivem com o companheiro, porém tem uma demanda importante que não convivem com parceiro.

A preferência pelo parto natural pareceu ter relação diretamente proporcional à idade materna, trazendo uma reflexão sobre as consequências das vias de parto em consequência do amadurecimento da mulher. Quando as mulheres relatam sua escolha da via de parto individualmente, a maioria elege o parto normal, mas quando

entram outros sujeitos para a tomada de decisão, ou compartilham com elas a decisão, a prevalência da eleição da cesárea é muito maior que a anterior.

Indo ao contrário do modelo hospitalar e medicalizado, as mulheres apontaram sua preferência pelo parto natural e humanizado, rebatendo ao parto cirúrgico dominante no Brasil, que em muitos casos não segue as práticas baseadas em evidências na assistência à saúde da mulher (AMORIM, 2019).

Em relação aos objetivos dessa dissertação, identificamos nas evidências disponíveis alguns dos fatores facilitadores e impeditivos do exercício da autonomia das mulheres brasileiras, no seu processo de decisão da escolha da via de parto. Discorrendo primeiramente sobre os fatores facilitadores, identificamos o pré-natal, as experiências anteriores, a presença de acompanhante no parto, a realização de campanhas educativas para gestantes, a existência de políticas públicas de saúde reprodutiva das mulheres e o estabelecimento de uma relação de respeito e confiança entre os profissionais de saúde com as mulheres. Até porque são a principal fonte de informação para as parturientes, tais profissionais. O aconselhamento das gestantes, respeitando suas especificidades e vontades, também esteve presente como fator positivo, facilitador.

Como fatores impeditivos à maior autonomia da mulher: a percepção de que a segurança depende do tipo de parto, o medo da dor do parto, a pouca importância sobre informação para o processo de decisão das mulheres dada pelos profissionais da saúde, a conduta paternalística / relação hierárquica / decisão única do médico, experiências pregressas negativas, ideologia da parturição como um evento patológico e de alto risco, desrespeito aos direitos reprodutivos das mulheres, linguagem inadequada para o entendimento da mulher, falta de orientação das gestantes de como proceder de forma autônoma frente às situações; ainda apareceu a valorização do saber/decisão do médico, a assistência intervencionista, as vulnerabilidades estruturais da condição social da mulher (poder e dominação presentes nas relações de gênero), a imobilização do corpo da mulher durante o parto/exigência de determinada posição e a falta de diálogo entre profissional e paciente.

Aprofundar na elucidação dos variados fatores que influenciam no processo de decisão da via de parto é urgente, abarcando o direito da autonomia das gestantes, a função dos profissionais de saúde e a participação das instituições envolvidas no processo assistencial, sendo que há relatos divergentes da prática encontrada.

Podemos então delimitar as influências que existem no cenário do parto em:

- Influências do sexismo e do racismo sobre as escolhas da mulher no momento do parto.
- Influências da hegemonia médica sobre a atuação de enfermeiras obstetras e doulas sobre a saúde materna e infantil.
- Influência dos gestores de saúde, na maioria das vezes ancorados em uma formação hospitalocêntrica e médico-centrada, que não institui centros de parto normal nos municípios brasileiros.
- Influência dos gestores de saúde, que na maioria das vezes ancorados em uma formação hospitalocêntrica e médico-centrada, que não institui visitas durante o pré-natal nas maternidades, descumprindo os dispositivos do PHPN.

O segundo objetivo foi compreender os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres. E vimos que mesmo com alguns avanços da sociedade, é válido ressaltar que ainda existe muita desigualdade de gênero nas políticas e legislações vigentes nessa área e que muitas mulheres sofrem discriminação e exclusão. Essa desigualdade pode afetar as mulheres em proporções distintas, como de forma emocional, física e social, afetando o protagonismo delas no cenário do parto.

Finalizando os objetivos, o terceiro foi o de averiguar nas evidências disponíveis da literatura sobre quem são os atores que influenciam no contexto da tomada de decisão da via de parto. Como já prevíamos, o médico é quem mais toma as decisões sobre a escolha da via de parto, mesmo em situações onde não se tem indicações reais para outro tipo de parto a não ser o parto normal.

Ao repensar a recuperação da autonomia das mulheres no parto como forma de humanizá-lo, é equivocado pensar que isso seria conseguido a partir, apenas, da desinstitucionalização do nascimento, enquanto a sociedade ainda está imersa numa cultura medicalizante, misógina e opressora, que coloca nas mãos de terceiros as decisões das mulheres sobre seus próprios corpos. Melhor seria a preconização por parte do movimento em prol da humanização do parto pela efetivação de medidas humanizadoras que visam desestimular o parto medicalizado, e incentivar práticas que fossem mais adequadas à fisiologia natural do processo do nascer (TORNQUIST et al., 2004).

Silva et al. (2015, p.12) consideram que “espera sensibilizar os gestores responsáveis pela atenção à saúde da mulher”, propiciando aos profissionais da saúde ferramentas para a prática das políticas públicas de apoio as mulheres. A urgência da mudança no cenário do parto, seja ele de qual tipo for, se faz necessária para favorecer o empoderamento das mulheres, e que nesse momento ela não precise lutar, brigar por seus direitos, que esse cenário de autonomia materna seja rotina nas maternidades públicas e privadas.

Salientando minhas conclusões, reafirmo que aplicar apenas “alguma” prática humanizadora, cumprir um “pouco” das ações descritas nas políticas públicas, não foi e não é o suficiente para garantir os direitos das mulheres. O modelo tecnocrático e hierárquico é uma fortaleza no poder, sendo de difícil confrontação. Contudo, não resta outra saída a não ser confrontá-lo, pois a saúde física e psicológica das mulheres não parece ser relevante para esse modelo. Mulheres e meninas não podem ser consideradas somente números em estatísticas, mas sujeitos sociais e políticos com direitos a serem respeitados.

A inversão desse cenário levará tempo, com a promoção de mudanças sociais no cenário dos sistemas de saúde. Pesquisas comprometidas com a autonomia das mulheres poderão dar a sua contribuição, favorecendo “uma argumentação mais sólida a fim de transformar o cenário atual de assistência ao parto e nascimento.” (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

Espera-se que, para os profissionais de saúde, esta e outras pesquisas possam despertar reflexões acerca das práticas do cotidiano dos serviços, apontando lacunas que podem ser preenchidas com o aprimoramento das condutas, ou estratégias para lidar melhor com a mulher nesse momento tão importante do seu parto.

Uma vez que os serviços de saúde não discutem o tema da violência obstétrica, que esse tema possa ser discutido a partir das discussões suscitadas pelos Comitês de Mortalidade Infantil, Materna e Fetal. E que essas discussões ampliem os olhares das Políticas de Saúde para as mulheres, aumentando a interlocução com a Saúde da População Negra; faz-se necessário que as políticas de equidade sejam representadas nos diversos serviços de saúde, provocando discussões e reflexões diárias, para não engessar a atuação centrada em um único profissional. Não pode-se esquecer, também, os grupos minoritários como o de mulheres indígenas, respeitando as suas tradições culturais e adaptando a assistência.

As boas práticas precisam ser ensinadas e aprendidas, havendo um importante elemento pedagógico nessa construção; somente desse modo que se vislumbra a possibilidade de contribuição do trabalho acadêmico que enfoque o cenário do parto. Há, também, de se usar estratégias que mostrem para o setor privado (e também o público) que as mulheres em busca de protagonismo e cuidados respeitosos formam uma clientela emergente.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

Alexandre SM et al. Avaliação do assoalho pélvico por meio da ultrassonografia tridimensional de mulheres primíparas de acordo com o tipo de parto: experiência inicial de um centro de referência do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 35, n.3, p. 117-122, 2013.

AMORIM, Ana Cláudia. Conheça os riscos de uma cesariana desnecessária. **Blog da saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 27 fev. 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/geral/35200-conheca-os-riscos-de-uma-cesariana-desnecessaria>. Acesso em: 17 abr. 2021.

AMORIM, Melania Maria Ramos de; BASTOS, Maria Helena; GIORDANO, Juliana; KNOBEL, Roxana. O Brasil não é a república da cesariana. **Blog Estuda, Melania, Estuda!** 11 ago. 2019. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2019/08/o-brasil-nao-e-republica-da-cesariana.html>. Acesso em: 10 jan. 2021.

AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, Recife, v.38, n. 8, p 415- 442, 2010. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_I.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

AQUINO, Quelen Brondani de. **A gestão das políticas públicas de gênero: uma análise ao plano plurianual 2010-2013 e 2014-2017 enquanto política pública de empoderamento e autonomia da mulher no município de Santa Cruz do Sul-RS**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Direito, UNISC, 2014.

ARIK, Roberta Marielle et al. Percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 41-49, 2019.

ASSIS, Dayane N. **Interseccionalidades**. Salvador: UFBA, 2019.

BARRAL, Fanny Eicherberger et al. Parto cirúrgico: as múltiplas experiências de mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

BASTOS, Silvia; SILVA, Ana Lúcia da; BERALDI, Rosirene. Direito à autonomia em saúde: onde mora a vontade livre. *In: Keinert TMM; Paula SHB, Bonfim JRA (org.). As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 109-117. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Silvia-Bastos-De-Paula/publication/262728081_Direito_a_autonomia_em_saude_oude_mora_a_vontade_livre/links/0f317538e55b5046ed000000/Direito-a-autonomia-em-saude-oude-mora-a-vontade-livre.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.*

BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 233-239, 2000.

BOEL, Vanessa Rezende; AGUSTINI, Cármen. A mulher no discurso jurídico: um passeio pela legislação brasileira. **Horizonte Científico**, 2008.

BONAMIGO, Gilmar Francisco. Autonomia e heteronomia na moral. **Síntese: Revista de Filosofia**, v. 33, n. 107, p. 327-354, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (caderno HumanizaSUS, v.4) Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Presidência da República/Secretaria Especial de Políticas das Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as mulheres**. Brasília, DF: 2005

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRESOLIN, Keberson. Autonomia versus heteronomia: o princípio da moral em Kant e Levinas//Autonomy versus heteronomy: the principle of morality in Kant and Levinas. **CONJECTURA: filosofia e educação**, v. 18, n. 3, p. 166-183, 2013.

BURILLE, Celma Faria de Souza. Trajetória da mulher na história do brasil: submissas ou ardilosas? **Revista História Oral**. 2012. Disponível em: https://www.encontro2012.historiaoral.org.br/resources/anais/3/1338343549_ARQUIVO_ARTIGO_TRAJETORIADAMULHERNAHIST_BRASIL.pdf. Acesso em: 10 março. 2020.

CAMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A. - Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. - **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v.2, n.2, jan/jun. 2000.

CAMPOS, Rosana TO; CAMPOS, Gastão WS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. **Tratado de saúde coletiva**, v. 1, p. 669-688, 2006.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti.; RIBEIRO, Fernanda Bittencourt. Partos, maternidades e políticas do corpo. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 181-189. 2015.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Boitempo Editorial, 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, p. 171-188, 2002.

CURSINO, Thaís Peggia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática Nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, p. 1433-1443, 2020.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, p. S5-S23, 2001. Disponível em: [https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292(01)00510-0). Acesso em: 18 mar. 2021.

DE JESUS SILVA, Mônica Maria; SILVA, Semara Caroline Brandão; MELO, Gabriel Arruda. Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 21, n. 2, 2019.

DE LIMA MELO, Katia et al. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 3, pág. 1007-1020, 2014.

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 & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1521-1534, 2008.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci_arttext&lng=es. Acesso em: 20 ago. 2019.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 20 ago 2019

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014000700017&script=sci_arttext. Acesso em: 20 ago. 2019

FERNANDES, Juliana Azevedo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 406-416, 2019.

FIGUEIREDO, Nathália Stela Visoná. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, v. 36, n. 4, 2010. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1146>. Acesso em: 26 ago. 2019.

Fiorati, Regina Celia; Arcêncio, Ricardo Alexandre; Souza, Larissa Barros de. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Revista latinoam. enferm.**; v. 24, 2016.

FOUCAULT, Michel et al. **Microfísica del poder**. La Piqueta, 1992.

FRANK, Tatianne Cavalcanti; PELLOSO, Sandra Marisa. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 22-29, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/03.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

FREITAS, Paulo Fontoura; FERNANDES, Tainiely Muller Barbosa. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 525-538, 2016.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S117-S127, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qd3C5QwSCTdx9rZgFcpZHYP/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 1 jun. 2020.

GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lucia (Ed.). **Políticas públicas e igualdade de gênero**. Prefeitura do Município de Sao Paulo, Coordenadoria Especial da Mulher, 2004.

GOMES, Linicarla Fabiole de Souza. Diagnósticos de enfermagem em gestantes: revisão integrativa da literatura. 2012. Disponível em : https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4619/1/2012_dis_lfsgomes.pdf. Acesso em: 8 out. 2021.

GOMES, Samara Calixto et al. Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2594-2598, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/pt_0034-7167-reben-71-05-2594.pdf. Acesso em: 1 jun. 2020.

GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. SPE2, p. 1731-1735, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800016&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 26 ago. 2019.

JARDIM, Mara Julyete Arraes; SILVA, Andressa Arraes; FONSECA, Lena Maria Barros. Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, p. 432-440, 2019.

KOTTWITZ, Fernanda; GOUVEIA, Helga Geremias; GONÇALVES, Annelise de Carvalho. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2017.

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-2811.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2017.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 08 de mai. 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014000700005&script=sci>. Acesso em: 08 de mai. 2019.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2395-2400, 2013.

LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, p. 509-517, 2013.

LIMA, Kelly Diogo de et al. **Vivências de mulheres negras na assistência ao parto: vulnerabilidades e cuidados**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) -

Programa de Pós- Graduação Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz , Recife, 2018.

LIMA, Márcia. O uso da entrevista na pesquisa empírica. **Métodos de pesquisa em ciências sociais: bloco qualitativo**, p. 24-41, 2016.

MAGALHÃES, Belmira; SILVA, Geice. A mulher no trabalho, na família e na universidade. Pesquisa financiada pelo CNPq/PIBIC. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**. v.2. n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/12-%20a%20mulher%20no%20trabalho%20na%20familia%20e%20na%20universidade-%20belmira%20magalhaes%20e%20geice%20silva.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

MAIA, M. B. Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Revista bioética**, v. 6, n. 1, 2009.

MAZONI, Simone Roque et al. Preferência de via de parto e experiência prévia de dores em puérperas atendidas em uma maternidade. **CuidArte, Enferm**, p. 162-167, 2017.

MELLO, Luiz; GONÇALVES, Eliane. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. **Revista Cronos**, v. 11, n. 2, 2010.

MELO, Ana Gabrielle Xavier. Espiritualidade/religiosidade no parto na voz das mulheres. **Anais dos Seminários de Iniciação Científica**, n. 24, 2020.

MELO, Katia et al. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** , v. 6, n. 3, p.1007-1020, 2014.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ>. Acesso em: 7 out. 2021

MOREIRA, Maria Helena Camargos; ARAÚJO, Jose Newton Garcia de. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? *Psicologia em estudo*, 2004, 9.3: 389-398.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007.

MÜLLER, Elaine; RODRIGUES, Laís; PIMENTEL, Camila. O tabu do parto. Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 272-293, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/742/74241122006.pdf>. Acesso em: 8 maio. 2019.

NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 36, p. 119-126, 2015.

NOGUEIRA, Jane Walkiria; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 3, p. 630-634, 2015. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/EFFECTIVE-COMMUNICATION-IN-TEAMWORK-IN-HEALTH-%3A-A-*NogueiraRodrigues/2443ed6b2dd38ebe252a2881e37487bd4230a338?p2df. Acesso em: jan. 2021.

O RENASCIMENTO DO PARTO: Brasil. Creators: Érica de Paula, Eduardo Chauvet. Brasília, DF: Netflix, 2013. Documentário via streaming. (90 min).

OLIVEIRA, Jean Carlos et al. Assistência obstétrica no processo de parto e nascimento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 450-457, 2018. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908463>. Acesso em: 21 nov. 2020.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Claudia Maria de Mattos. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1228-1236, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901228&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2020.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1163-1184, 2017.

PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 445-452, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/04.pdf> Acesso em: 15 mar. 2020.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; BENTO, Amanda Domingos. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.12, p. 471-477, 2011.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 579-589, 2011. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/231166917.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

RABELO, Leila Regina; OLIVEIRA, Dora Lúcia de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 213-220, 2010.

RATTNER, Daphne; AMORIM, Melania; KATZ, Leila. Implementação da humanização na atenção a partos e nascimentos pelo Ministério da Saúde. PROAGO, Porto Alegre: **Artmed/Panamericana**, Ciclo, v. 10, p. 95-145, 2013.

RIBEIRO, Patrícia Tavares; CASTRO, Leonardo. Ciências sociais em saúde: perspectivas e desafios para a saúde coletiva. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.43, n. spe7, p. 165-178. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200165&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 set. 2020.

RODRIGUES, Sérgio Murilo. A relação entre o corpo e o poder em Michel Foucault. **Psicologia em Revista**, v.9, n.13, p. 109-124, 2003.

SANTOS, Cristina Mamedio da Costa. **Revisão sistemática sobre tratamento tópico de lesões vegetantes malignas**. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-11062007-165009/publico/Cristina_Mamedio.pdf. Acesso em: 20 março 2021.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos pagu**, n. 16, p. 137-150, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-83332001000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 08 de mai. 2019.

SEGRE, Marco et al. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. **Revista Bioética**, v. 6, n. 1, 2009.

SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. enferm. UERJ**, p. 245-251, 2005.

SENA, Ligia Moreiras et al. "**Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração**": a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172548>
Acesso em: 20 ago. 2019

SILVA, Andréa Lorena Santos; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015.

SILVA, Delmo Mattos da; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 3, n. 2, p. 42-65, 2017.

SILVA, Leonildo Severino et al. Assistência ao parto sob a ótica das mulheres atendidas em um hospital público. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 30, n. 3, 2015.

SILVA, Mônica Maria de Jesus; SILVA, Semara Caroline Brandão; MELO, Gabriel Arruda. Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 21, n. 2, 2019.

SILVA, Rafaela Camila Freitas da et al. Satisfação no parto normal: encontro consigo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

SILVA, Raquel Marques. **Evolução histórica da mulher na legislação civil**. 2008.

SILVA, Thales Philippe Rodrigues da et al. Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001600160&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2020.

SOARES, Cassia Baldini et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 335-345, 2014.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010.

STETLER, Cheryl B. et al. Revisões integrativas com foco na utilização em um serviço de enfermagem. **Pesquisa em Enfermagem Aplicada**, v. 11, n. 4, pág. 195-206, 1998.

TORNQUIST, Carmen Susana et al. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 ago. 2019.

TORRES, José Henrique Rodrigues. O caso da cesariana forçada em Torres/RS. **Revista liberdades**, n. 16, 2014. Disponível em: <https://www.ibccrim.org.br/publicacoes/redirecionaLeituraPDF/7377>. Acesso em: 20 ago. 2019

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 5, p. 374-377, 2014.

VARGAS, Pricilla Braga et al. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 3, pág. 1021-1035, 2014.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; COLLAÇO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.

VELHO, Manuela Beatriz et al. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00093118, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n3/e00093118/pt/>> .

WEIDLE, Welder Geison et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. [Geneva]: World Health Organization; 2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=07D88CBAC5B619B09264773A2CFBB420?sequence=3. Acesso em: 3 dez. 2020.

ZAMBONI, Marcio. Marcadores sociais da diferença. **Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades)**, v. 1, p. 14-18, 2014.

ZORZAM, B.; CAVALCANTI, P. Direitos das mulheres no parto: Conversando com profissionais da saúde e do direito. **Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde**, v. 1, 2016.

ZVEITER, Marcele; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 86-92, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100086&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 12 mar. 2020.

APÊNDICE A – BASE DE DADOS E RESPECTIVOS DESCRITORES

| Base de Dados | MEDLINE |
|---|------------------------|
| Data da busca: | 10/03/2021 |
| Filtro aplicado | ano (2013-2021) |
| Resultado total | 20 referências |
| 1ª Seleção | 11 referências |
| <p>TS=("Natural Childbirth"[tiab] OR "Natural Childbirth"[mh] OR "Childbirth, Natural"[tiab] OR "Lamaze Technique"[tiab] OR "Technique, Lamaze"[tiab] OR "Water Birth"[tiab] OR "Water Births"[tiab] OR "Waterbirth"[tiab] OR "Cesarean Section"[mh] OR "Delivery, Obstetric"[mh] OR Cesarean[tiab] OR Caesarean[tiab] OR Postcesarean[tiab] OR "C Section"[tiab] OR "C-Section"[tiab] OR "C-Sections"[tiab] OR ((Abdominal[tiab] OR obstetric[tiab]) AND deliver*[tiab])) AND ("Choice Behavior"[mh] OR heteronomy[tiab] OR ((Behavior[tiab] OR behaviour[tiab] OR making[tiab]) AND (Approach[tiab] OR choice*[tiab] OR decision*[tiab])) OR "Personal Autonomy"[tiab] OR "Free Will"[tiab] OR "Self Determination"[tiab] OR "Personal Autonomy"[mh] OR "Patient Participation"[mh] OR "Patient Participation"[tiab] OR "patient involvement"[tiab] OR "Patient Activation"[tiab] OR "Patient Empowerment"[tiab] OR "Patient Engagement"[tiab] OR "Informed Consent"[mh] OR "Consent, Informed"[tiab] OR consent[tiab] OR "Decision Making"[mh] OR judgement[tiab] OR judgment[tiab] OR "decision process"[tiab] OR "decisionmaking"[tiab] OR "decision process"[tiab]) AND (women[mh] OR woman[tiab] OR women[tiab] OR girl*[tiab] OR female*[tiab] OR "Pregnant Women"[mh] OR (Pregnant[tiab] AND (Woman[tiab] OR women[tiab])) OR Pregnancy[mh] OR Pregnancies[tiab] OR gestation[tiab] OR pregnancy[tiab] OR childbearing[tiab]) AND (brazil[mh] OR brazil*[tiab] OR Brasil*[tiab] OR portugues*[tiab])</p> | |

| Base de Dados | WEB OF SCIENCE |
|--|------------------------|
| Data da busca: | 10/03/2021 |
| Filtro aplicado | ano (2013-2021) |
| Resultado total | 24 referências |
| 1ª Seleção | 5 referências |
| <p>TS=("Natural Childbirth" OR "Childbirth, Natural" OR "Lamaze Technique" OR "Technique, Lamaze" OR "Water Birth" OR "Water Births" OR "Waterbirth" OR "Cesarean Section"[mh] OR "Delivery, Obstetric"[mh] OR Cesarean OR Caesarean OR Postcesarean OR "C Section" OR "C-Section" OR "C-Sections" OR ((Abdominal OR obstetric) AND deliver*)) AND TS=(heteronomy OR ((Behavior OR behaviour OR making) AND (Approach OR choice* OR decision*)) OR "Personal Autonomy" OR "Free Will" OR "Self Determination" OR "Patient Participation" OR "patient involvement" OR "Patient Activation" OR "Patient Empowerment" OR "Patient Engagement" OR "Consent, Informed" OR consent OR "Decision Making"[mh] OR judgement OR judgment</p> | |

OR "decision process" OR "decisionmaking" OR "decision process") AND TS=(woman OR women OR girl* OR female* OR (Pregnant AND (Woman OR women)) OR Pregnancies OR gestation OR pregnancy OR childbearing) AND TS=(brazil* OR Brasil* OR portugues*)

| Base de Dados | LILACS |
|--|------------------------|
| Data da busca: | 12/03/2021 |
| Filtro aplicado | ano (2013-2021) |
| Resultado total | 92 referências |
| 1ª Seleção | 34 referências |
| <p>((mh:"Natural Childbirth" OR "Cesarean Section" OR "Delivery, Obstetric") OR tw:(cesarea* OR gestant* OR gestacao OR parir OR parto* OR "Natural Childbirth" OR "Childbirth, Natural" OR "Lamaze Technique" OR "Technique, Lamaze" OR "Water Birth" OR "Water Births" OR Waterbirth OR Cesarean OR Caesarean OR Postcesarean OR "C Section" OR "C-Section" OR "C-Sections" OR "Técnica de Lamaze" OR "Técnica Lamaze" OR "Parto Abdominal" OR "Parto Obstétrico" OR "Liberação Obstétrica" OR "Liberación Obstétrica" OR ((tw:Abdominal OR tw:obstetric) AND tw:deliver*)) AND (mh:("Choice Behavior" OR "Personal Autonomy" OR "Patient Participation" OR "Informed Consent" OR "Decision Making") OR ti:(Autonomia OR "livre-arbítrio" OR Autodeterminação OR "Autonomía Personal" OR Autodeterminación OR "Libre Albedrío" OR "Participación del Paciente" OR "Participação do Paciente" OR "Autorização Consciente" OR Consentimento OR "Autorización Consciente" OR Consentimiento OR "Tomada de Decisão" OR "Toma de Decisiones" OR "Toma de Decision" OR "Conducta de Elección" OR "Comportamento de Escolha" OR heteronomy OR "Personal Autonomy" OR "Free Will" OR "Self Determination" OR "Patient Participation" OR "patient involvement" OR "Patient Activation" OR "Patient Empowerment" OR "Patient Engagement" OR "Consent, Informed" OR consent OR judgement OR judgment OR "decision process" OR "decisionmaking" OR "decision process") OR ab:(Autonomia OR "livre-arbítrio" OR Autodeterminação OR "Autonomía Personal" OR Autodeterminación OR "Libre Albedrío" OR "Participación del Paciente" OR "Participação do Paciente" OR "Autorização Consciente" OR Consentimento OR "Autorización Consciente" OR Consentimiento OR "Tomada de Decisão" OR "Toma de Decisiones" OR "Toma de Decision" OR "Conducta de Elección" OR "Comportamento de Escolha" OR heteronomy OR "Personal Autonomy" OR "Free Will" OR "Self Determination" OR "Patient Participation" OR "patient involvement" OR "Patient Activation" OR "Patient Empowerment" OR "Patient Engagement" OR "Consent, Informed" OR consent OR judgement OR judgment OR "decision process" OR "decisionmaking" OR "decision process")) AND (mh:(women OR "Pregnant Women" OR Pregnancy) OR ti:(Mujeres OR mujer OR mulher* OR menina* OR Chicas OR Niñas OR woman OR women OR girl* OR female* OR pregnant OR pregnancy OR grávida* OR gestante* OR parturiente* OR Embarazada* OR Embarazo OR Gravidez OR gestacion OR Pregnancies OR gestation OR childbearing)) AND (mh:Brazil OR tw:brazil* OR tw:brasil* OR tw:portugues*)</p> | |

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

| | |
|---|--|
| 1 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras |
| Título do periódico | Revista Bioética |
| Autores | Elcio Luiz Bonamigo Jovani Antônio Steffani Teodoro Leguizamón Junior |
| Ano de publicação | 2013 |
| Instituição sede do estudo | |
| Hospital | Rede pública em geral |
| Área de Publicação | Bioética / Obstetria |
| Características metodológicas do estudo | Pesquisa descritiva e transversal/abordagem quantitativa |
| Objetivo ou questão de investigação | Conhecer a expectativa de gestantes e médicos obstetras obstetras em relação à escolha da via de parto |
| População | 85 gestantes 11 médicos obstetras |
| Perfil dos pesquisados : Raça / idade/ sexo | Médicos: 10 homens e 1 mulher, do serviço público Gestantes: Idades: 18 e 50 anos, sendo 35 (41,2%) de 21 a 30 anos, O grau de escolaridade: 34 (40,0%), o ensino médio completo; estado civil: 39(45,9%) declararam-se casadas; religião 69 (81,2%) disseram ser católicas |
| Local de realização do estudo | Rede pública de Joaçaba/ SC |
| Instrumento de coleta de dados | Entrevista |
| Resultados | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Campanhas educacionais; A principal fonte de informação: os profissionais de saúde Ausência da influência médica, onde a maioria declara que não houve. |
| Fatores impeditivos da autonomia | A maior parte dos obstetras também opinou que as pacientes de rede pública não deveriam ter autonomia de escolha da via de parto, sinalizando para a conduta paternalística ainda existente em relação ao serviço público de saúde, a vulnerabilidade da mulher, à detenção do conhecimento pelo médico valorização do saber médico em detrimento da sua. |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | gestantes solteiras (60%) |
| Motivação? PC | <ul style="list-style-type: none"> • praticidade, • medo de sofrimento e dor, • conforto maior e segurança para o bebê, • menos prejuízos à vida sexual futura, |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | A maioria das gestantes deste estudo (74,1%) manifestaram preferência pelo parto natural, como as católicas, portadoras de ensino médio incompleto e superior completo e gestantes casadas ou em união estável |
| Motivação/ Justificativas / Parto normal | Pela praticidade do procedimento e por ser um processo natural, não necessitando intervenção cirúrgica e contribuir para a experiência de ser mãe |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | familiares, amigos, mídia (televisão) e profissionais de saúde |
| Preferência dos profissionais? | Médicos: cesárea, porém em unanimidade quanto ao aconselhamento à gestante acerca da realização de parto natural em condições normais de gestação, bem como se indicado para sua esposa ou para si mesma, quando mulher. Contudo, caso houvesse um pleito da gestante pelo parto cesariano, a maioria dos obstetras acataria a solicitação da paciente, respeitando sua autonomia. |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Para os obstetras as mulheres da rede pública não poderiam ter autonomia de escolher. |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | A autonomia segundo Código de Ética Médica e sob responsabilidade do Estado. O avanço do respeito à autonomia das pacientes e o novo papel da mulher na família e na sociedade contribuíram para a progressiva participação feminina na escolha |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | Não discorre sobre |
| Motivos para aumento da cesárea? | Os avanços tecnológicos e científicos da medicina o respeito à autonomia das gestantes e as indicações médicas. |
| Conclusões do artigo: | A maioria das gestantes desejaram o parto natural e os médicos obstetras a cesárea, contudo estes realizariam parto natural, em |

| | |
|--|---|
| | condição normal, e cesárea a pedido A preferência das gestantes pelo parto natural, em condições normais, contrasta com os elevados índices de cesarianas encontrados no município estudado, sinalizando para a existência de outros fatores que influenciam na decisão. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|---|--|
| 2 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012 |
| Título do periódico | Caderno de Saúde Pública |
| Autores | Arthur Orlando Corrêa Schilithz Elaine Fernandes Viellas Keila Rejane Oliveira Gomes Márcia Lazaro de Carvalho Maria Conceição Oliveira Costa Maria do Carmo Leal Mariza Miranda Theme Filha Silvana Granado Nogueira da Gama |
| Ano de publicação | 2014 |
| Instituição sede do estudo | Fundação Oswaldo Cruz |
| Hospital | Nacional |
| Área de Publicação | Saude coletiva |
| Características metodológicas do estudo | Estudo transversal |
| Objetivo ou questão de investigação | Verificar fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, nos anos de 2011 e 2012. |
| População | Adolescentes primíparas |
| Características: Raça / idade/ sexo | Cesárea: Predomínio da maior escolaridade, classe A/B, trabalho remunerado, branca, com companheiro Parto normal: baixa escolaridade, classe D/E, trabalho não remunerado, preta, sem companheiro |
| Local de realização do estudo | Estudo nacional de base hospitalar |
| Instrumento de coleta de dados | Entrevistas e dados do prontuário da puérpera e do recém-nato e fotografados os cartões de pré-natal da puérpera |
| Resultados | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Ter acompanhante no parto; Pré-natal suficiente |
| Fatores impeditivos da autonomia | Más orientações sobre as possíveis consequências da cesárea que interferem o seu poder de escolha. |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | As adolescentes com melhores condições de vida, nível de escolaridade adequado, as que possuem plano de saúde, de cor da pele branca, chegando a se identificar gradiente de cor, indicando que quanto mais clara a cor da pele, maior a proporção do procedimento cirúrgico. Ser assistidas pelo mesmo profissional no pré-natal e no parto. Ter Antecedentes clínicos de risco e/ou intercorrências na gestação e no trabalho de parto |
| Motivação? PC | Acreditar que a cesariana era mais segura, e as adolescentes que tinham a cesariana como o tipo de parto preferido desde o início da gestação foram mais submetidas a essa cirurgia (46%) |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | Não discorre sobre |
| Motivação/ Justificativas / PN | Não discorre sobre |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | Médico |
| Preferência dos profissionais? | Achado está relacionado ao fato de que as mulheres que têm mais consultas com profissionais médicos, têm mais oportunidade de convencimento da melhor via de parto, segundo a visão desse profissional, especialmente quando o parto é assistido pelo mesmo. |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | As gestantes brancas e de alta escolaridade, as que têm acompanhante durante a internação, as que recebem informação apreendida no pré-natal |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | Não discorre |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | A cesariana é influenciada pela assistência recebida no pré-natal, pela fonte de pagamento do parto e outros fatores socioeconômicos, sugerindo que, no Brasil, o parto cirúrgico é um bem de consumo. |
| Motivos para aumento da cesárea? | Fatores socioeconômicos e assistenciais recebidos no pré-natal e parto, na determinação de cesariana, e adolescentes que experimentam pela primeira vez a maternidade e não recebem orientações sobre as possíveis consequências desse procedimento, prejudicando assim o seu poder de escolha |
| Conclusões do artigo: | considera-se a proporção de cesariana encontrada nesse estudo |

| | |
|--|---|
| | bastante elevada, especialmente considerando que se trata de adolescentes e primíparas. O acesso a esta via de parto extrapola a indicação clínica e a preferência das mulheres, comprometendo o futuro reprodutivo das adolescentes com a realização de sucessivas cesarianas nas gestações posteriores. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|--|--|
| 3 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final |
| Título do periódico | Cad. Saúde Pública |
| Autores | Ana Paula Esteves Pereira Arthur Orlando Correa Schilithz Eleonora d'Orsi Jacqueline Alves Torres Marcos Augusto Bastos Dias Marcos Nakamura-Pereira Maria do Carmo Leal Rosa Maria Soares Madeira Domingues |
| Ano de publicação | 2014 |
| Instituição sede do estudo | Fundação Oswaldo Cruz. |
| Hospital | Nacional / Nascer no Brasil é um estudo nacional de base hospitalar |
| Área de Publicação | Saúde Pública |
| Características metodológicas do estudo | Estudo transversal |
| Objetivo ou questão de investigação | Descrever os fatores referidos para a preferência pelo tipo de parto no início da gestação e reconstruir o processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil |
| População | Puérperas nos anos de 2011-2012 |
| Características: Raça / idade/ sexo | Idade de 25,6 anos, com variação de 12-46 anos, sendo 19,2% menores de 20 anos. 64,7% se autodeclararam pardas ou pretas. Um quarto das entrevistadas apresentava escolaridade inferior ao Ensino Fundamental 80% das mulheres referiam viver com o companheiro. 40% apresentavam trabalho remunerado 46,9% eram primíparas |
| Local de realização do estudo | estudo nacional de base hospitalar |
| Instrumento de coleta de dados | Entrevistas, dados do prontuário da puérpera |
| Resultados | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Aconselhamento das gestantes respeitando suas necessidades pessoais, valores culturais, sociais e seu planejamento reprodutivo, envolvendo-as no processo de decisão |
| Fatores impeditivos da autonomia | Pouca importância da informação para o processo de decisão das mulheres, percepção de que a segurança da mulher independe do tipo de parto, o que pode ser entendido como uma falta de estímulo para que a mulher persista na sua opção pelo parto vaginal. |
| Quais mulheres que preferem o parto cesáreo? | Mulheres que parem no sistema privado, quase dobrou em relação à preferência inicial cesarianas anteriores, multíparas que queriam a laqueadura tubária, Experiência anterior positiva com o parto cesáreo. Problemas de saúde; a comodidade da cesariana ter o mesmo profissional de saúde; preferência do marido; e a acreditar na maior segurança do parto cesáreo para o bebê, Histórias de familiares e amigas e experiências negativas com o parto vaginal |
| Motivação? PC | percepções negativas sobre o parto vaginal, medo da dor, críticas à forma "desumana" como o parto é conduzido, medo de não conseguir atendimento, receio que o parto normal possa alterar a vida sexual das mulheres e o desejo por uma cesariana, sem uma razão específica. O acompanhamento pelo mesmo médico durante o pré-natal e o parto aconselhamento favorável a cesariana pelo médico |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | Primíparas com opção pelo parto vaginal, particularmente entre aquelas do setor público, multíparas com parto financiado pelo setor público, mulheres com maior vontade/desejo de ter um parto vaginal. O parto vaginal foi o tipo de parto que apresentou maior preferência das mulheres. |
| Motivação/ Justificativas / PN | As mulheres do setor público consideravam o parto vaginal o mais seguro, percepções positivas acerca do parto vaginal e ser mais fisiológico, ter a recuperação mais rápida e experiência anterior positiva, O medo da cesariana |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | O profissional pré-natalista e Marido |

| | |
|---|--|
| Preferência dos profissionais? | A proporção de partos vaginais decididos pelo profissional pré-natalista no final da gestação foi baixa que, independentemente da fonte de pagamento do parto e da paridade. |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | A multipara com cesárea anterior teve a sua decisão mantida pela cesárea do início ao parto. |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | Não aborda sobre |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | O aconselhamento recebido durante a gestação e parto. As brancas são as mais submetidas a cesárea e as de plano privado também. |
| Motivos para aumento da cesárea? | A possibilidade de agendar a data do parto e ter cesarianas a pedido, percepção elevada de segurança da cesariana, motivo "para realização de laqueadura tubária" Mulheres sem decisão pelo tipo de parto e indicando incitação pelos profissionais. |
| Conclusões do artigo: | Independentemente da paridade e da fonte de pagamento, mulheres que mantiveram a decisão pelo parto vaginal no final da gestação foram as que apresentaram maior proporção desse tipo de parto, enquanto aquelas com decisão pela cesariana apresentaram o percentual mais elevado de parto cesáreo sem trabalho de parto. Principal limitador deste estudo foi a descrição processo de decisão da via de parto de forma retrospectiva, após a ocorrência do parto, o que pode ter alterado o relato de sua preferência pelo tipo de parto no início da gestação. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|---|--|
| 4 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Assistência ao parto sob a ótica das mulheres atendidas em um hospital público |
| Título do periódico | Revista Cubana de Enfermería |
| Autores | Analuca de Lucena Torres Elizabeth de Souza Amorim Enilda Rosendo do Nascimento Leonildo Severino Silva Waldemar Brandão Neto |
| Ano de publicação | 2015 |
| Instituição sede do estudo | Universidade Federal de Pernambuco |
| Hospital | Hospital de ensino |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa |
| Objetivo ou questão de investigação | Analisar a assistência ao parto sob a ótica das mulheres atendidas em um hospital público |
| População | 20 Puérperas |
| Características: Raça / idade/ sexo | Faixa etária entre 15 e 38 anos, dois terços se autocalificaram como pardas, a maioria delas não concluíram o ensino fundamental e mais da metade já tinha pelo menos um filho |
| Local de realização do estudo | hospital público de ensino da cidade do Recife |
| Instrumento de coleta de dados | entrevista semiestruturada |
| Resultados | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Tratamento de forma equânime às diferentes realidades; respeitar a diversidade de experiências e o julgamento que cada uma faz do processo de parturição. |
| Fatores impeditivos da autonomia | Quando a mulher não se vê enquanto protagonista desse processo, ideologia da parturição como um evento patológico e de alto risco. O desrespeito aos direitos reprodutivos que ferem a autonomia e o protagonismo das mulheres, imposição de condutas, verticalização de ações. |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | Mulheres que associam a dor e sofrimento ao parto normal |
| Motivação? PC | Baseiam na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está intimamente associada à tecnologia invasiva utilizada no parto. |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | Não discorre sobre |
| Motivação/ Justificativas / PN | Não discorre sobre |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | Equipe médica |
| Preferência dos profissionais? | Medicalização do parto |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Não discorre sobre |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | A maioria das mulheres que vivenciam o processo de parturição, são destituídas da autonomia sobre seu corpo, vítimas de um modelo que não prioriza seu protagonismo e não corresponde ao que é posto nas políticas públicas relativas ao parto. Além do mais, nem todas conseguem ser atendidas pelo serviço que desejam desde o pré-natal e frequentemente fazem uma longa jornada em busca de um atendimento. Percebe-se que esta construção social, perpassa pelos serviços de saúde e acaba por influenciar as práticas profissionais, mediante uma relação de dominação daquele que é "dono do saber científico" diante da mulher, um "ser passivo. |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | A tomada de decisão sobre o cuidado e o protagonismo do parto tem sido atribuído ao profissional de saúde, e cabendo a mulher acatar. |
| Motivos para aumento da cesárea? | Medicalização do parto |
| Conclusões do artigo: | Não é fácil combater tais desigualdades e empoderar a mulher, colocando-a como protagonista do seu próprio parto, pois isto implica perda de poder dos profissionais sobre ela. É urgente a necessidade de uma mudança neste paradigma, pois naturalizar práticas inadequadas reforça as desigualdades em saúde. Dar palco ao protagonismo da mesma no parto, como uma forma de consolidar espaços emancipatórios no ato de cuidar. |

| | |
|--|-----|
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |
|--|-----|

| | |
|---|---|
| 5 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes |
| Título do periódico | Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online |
| Autores | Bianca Dargam Gomes Vieira; Diego Pereira Rodrigues; Diva Cristina Morett Romano Leão; Luana Asturiano da Silva Pricilla Braga Vargas; Valdecyr Herdy Alves. |
| Ano de publicação | 2014 |
| Instituição sede do estudo | Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro |
| Hospital | Maternidade Oswaldo de Nazareth da cidade do Rio de Janeiro |
| Área de Publicação | enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa |
| Objetivo ou questão de investigação | identificar as percepções das adolescentes em relação à assistência oferecida no momento do seu trabalho de parto e parto |
| População | quinze adolescentes/puérperas |
| Características: Raça / idade/ | Primíparas, 37,5% adolescentes de etnia branca, 25% pardas e 37,5% negras 50% das adolescentes tinham ensino fundamental incompleto. |
| Local de realização do estudo | Hospital Maternidade Oswaldo de Nazareth, localizado na Cidade do Rio de Janeiro. |
| Instrumento de coleta de dados | entrevista semiestruturada |
| Resultados | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Políticas públicas da saúde reprodutiva das mulheres que resguardem a autonomia da mulher, a presença do acompanhante durante o parto. |
| Fatores impeditivos da autonomia | informações recebidas insuficientes, cultura do profissional de saúde como o detentor do saber, e de que parturientes não tem o direito de se manifestar. |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | não discorre sobre |
| Motivação? PC | não discorre sobre |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | não discorre sobre |
| Motivação/ Justificativas / PN | não discorre sobre |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | não discorre sobre |
| Preferência dos profissionais? | não discorre sobre |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | não discorre sobre |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | A humanização e a qualidade da atenção estão ligadas à promoção, reconhecimento, e respeito aos direitos humanos das puérperas, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar. Então, a informação e a decisão informada, nas ações de saúde, são direitos da mulher que devem ser promovidos |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | Permitir o envolvimento da mulher no processo do cuidado, e favorecer a tomada de decisão da mulher. O grau de informação, durante o trabalho de parto, tem sido mostrado como fatos importante para as mulheres, por possibilitar maior participação no processo decisório e aumentar sua percepção de que está no controle da situação, o que irá aumentar a satisfação com o parto. |
| Motivos para aumento da cesárea? | Não discorre sobre |
| Conclusões do artigo: | A humanização e a qualidade da atenção em saúde, são condições essenciais para que haja a resolução dos problemas identificados, com a satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas. O parto mais rápido, o bom tratamento da equipe, o pouco sofrimento e o bom estado da mãe e do bebê foram os aspectos mais importantes na visão positiva do parto. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | sim |

| | |
|---|---|
| 6 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal |
| Título do periódico | Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online |
| Autores | Bianca Dargam Gomes Vieira; Diego PereiraRodrigues; Diva Cristina Morett Romano Leão; Katia de Lima Melo; Luana Asturiano da Silva Valdecyr Herdy Alves; |
| Ano de publicação | 2014 |
| Instituição sede do estudo | Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro |
| Hospital | Maternidade Oswaldo de Nazareth da cidade do Rio de Janeiro |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | pesquisa descritiva, exploratória, de natureza, qualitativa |
| Objetivo ou questão de investigação | Identificar, segundo a visão da mulher, a influência das orientações recebidas no pré-natal em suas próprias atitudes durante o trabalho de parto e parto. |
| População | Dez puérperas |
| Características: Raça / idade/ sexo | faixa etária entre 18-22 anos de idade, maioria de etnia parda, predominância de mulheres de ensino médio incompleto, maioria era solteira, maioria eram católicas ou protestantes |
| Local de realização do estudo | Maternidade Oswaldo de Nazareth da cidade do Rio de Janeiro |
| Instrumento de coleta de dados | entrevista semiestruturada |
| Resultados | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Uso de ferramentas e técnicas para a promoção da autonomia da mulher durante o parto e o seu resgate. as ações educativas realizadas através de um curso de preparação para o parto voltado à humanização da assistência |
| Fatores impeditivos da autonomia | Falta de orientação às mulheres sobre seu direito de vivenciar a parturição de forma ativa com poder de escolha, sem precisar esperar orientações da equipe sobre como agir durante o trabalho de parto e parto. profissionais de saúde utilizam de linguagem inadequada para o entendimento da mulher falta de orientação no pré-natal de como proceder de forma autônoma frente às situações O medo, como fator de maior influência no protagonismo da mulher passividade perpetua, as relações de poder, dominação e de gênero, constituindo a dominação do mecanismo do parto em seu processo, submissão da mulher que aceita as sugestões e informações da equipe de saúde e as segue sem nenhum questionamento |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | não discorre sobre |
| Motivação? PC | não discorre sobre |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | não discorre sobre |
| Motivação/ Justificativas / PN | não discorre sobre |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | não discorre sobre |
| Preferência dos profissionais? | não discorre sobre |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | A que tem maior conhecimento sobre o processo de parir. |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? direito/ bioética/ política pública | A forma mais adequada que a mulher pode garantir o bom desenvolvimento de sua gestação é o pré-natal, quando deve ser orientada e esclarecida sobre o momento do trabalho de parto e parto, sobre os possíveis acontecimentos, de como ela poderá colaborar e seus direitos. |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | As relações de poder, dominação e de gênero, constituindo a dominação do mecanismo do parto em seu processo, submissão da mulher que aceita as sugestões e informações da equipe de saúde e as segue sem nenhum questionamento |
| Motivos para aumento da cesárea? | não discorre sobre |
| Conclusões do artigo: | Resultados: a mulher torna-se empoderada e mais ativa durante o processo do parto quando recebem informações de autonomia e direitos inerentes às informações da consulta de pré-natal. Conclusão: a mulher retorna a seu papel de sujeito ativo e o pré-natal como um excelente momento de troca do profissional-paciente. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | sim |

| | |
|---|---|
| 7 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas |
| Título do periódico | Revista Gaúcha Enfermagem |
| Autores | Ana Paula Assis Sales ^d Eunice Delgado Cameron de Souza ^c Luciana Contreras ^d Raquel Ramos Pinto do Nascimento ^a Sandra Lucia Arantes ^b |
| Ano de publicação | 2015 |
| Instituição sede do estudo | Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. |
| Hospital | Hospital Universitário de Mato Grosso do sul |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | estudo transversal analítico com abordagem qualitativa |
| Objetivo ou questão de investigação | Conhecer os fatores relatados por puérperas que concorreram na escolha do tipo de parto |
| População | 25 puérperas |
| Características: Raça / idade/ sexo | 18 e 37 anos, 14 (56%) depoentes foram submetidas à cesárea; 11 (44%) realizaram o parto normal, sendo que 10 (40%) repetiram a experiência de gestações anteriores |
| Local de realização do estudo | Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian de Campo Grande |
| Instrumento de coleta de dados | entrevista semiestruturada |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | -Conhecimento e informação para tomada de decisão -Experiências anteriores -Disponibilidade de informações sobre gestação e parto favorece a inclusão das gestantes no processo decisório |
| Fatores impeditivos da autonomia | Valorização da opinião do profissional de saúde em detrimento da mulher |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | As que já tinham cesárea prévia |
| Motivação? PC | -medo da dor -indicação médica -pela conveniência e pela desinformação. -A decisão do médico |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | 19 (76%) manifestaram preferência pela realização do parto normal. |
| Motivação/ Justificativas / PN | - ato natural e humanizado - traz satisfação, liberdade, autonomia - respeito pela fisiologia do parto -recuperação que é mais rápida - Facilita a amamentação |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | família, conhecidas e amigas, bem como profissionais (médico, enfermeira e doula). |
| Preferência dos profissionais? | Sugere-se que seja pela cesárea |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Aquela que já teve um parto prévio |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | Como uma questão ética e legal, onde a mulher tem o direito de ter autonomia da escolha |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | Inúmeros fatores são elencados e revelam que a escolha do tipo de parto pelas puérperas entrevistadas sofreu influência de diferentes mecanismos institucionais, individuais e coletivos, de experiências prévias, do poder médico e da família, da ausência de ação dialógica no período pré-natal, do interesse, curiosidade e bagagem cultural, entre outras. Preliminarmente, para que a mulher possa fazer escolha do tipo de parto, são requeridos conhecimento, informação e poder para tomada de decisão. Os discursos das puérperas mostraram que a tomada de decisão foi baseada em experiências anteriores e a possibilidade de repetição do mesmo tipo de parto se daria tanto no normal quanto operatório. |
| Motivos para aumento da cesárea? | Modelo tecnocrático predominante no hospital |
| Conclusões do artigo: | Concluir que 76% dos sujeitos preferiram o parto normal. Tal preferência foi justificada pelo fato de ser um processo natural. Foi evidenciado que experiências prévias com o parto, interferências familiares, interação profissional — cliente nas consultas pré-natais e fontes eletrônicas de informação influenciaram na escolha do tipo de parto. Deve-se oportunizar a mulher o resgate de seu protagonismo no processo de nascimento, permitindo a ela decidir sobre o tipo de parto com |

| | |
|--|--|
| | base em informações consistentes e evidências científicas. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|---|---|
| 8 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina |
| Título do periódico | Revista Brasileira de Epidemiologia |
| Autores | Paulo Fontoura Freitas Tainiely Muller Barbosa Fernandes |
| Ano de publicação | 2016 |
| Instituição sede do estudo | Universidade Federal de Santa Catarina |
| Hospital | Maternidades |
| Área de Publicação | Saúde coletiva |
| Características metodológicas do estudo | Estudo com delineamento transversal com base em dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) |
| Objetivo ou questão de investigação | Investigar como fatores institucionais, representados pelo perfil social da maternidade na assistência ao parto, se associam às taxas de cesariana. |
| População | banco de dados do SINASC |
| Características: Raça / idade/ sexo | |
| Local de realização do estudo | 61 Maternidades de Santa Catarina |
| Instrumento de coleta de dados | dados do SINASC |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Não discorre sobre |
| Fatores impeditivos da autonomia | Fatores socioculturais e de prática obstétrica, assim como aspectos institucionais, financeiros e legais, uso excessivo de tecnologia médica |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | taxas de cesariana mais elevadas entre as mulheres que tiveram parto nas maternidades privadas. |
| Motivação? PC | |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | A taxa geral de cesarianas nessa população foi de 60,8%, com variação de 89% nas maternidades privadas, 45,1% nas atendidas pelo SUS e 57,4% nas mistas |
| Motivação/ Justificativas / PN | |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | maior grau de flexibilização da conduta médica nas indicações da cesariana e maior permeabilidade do obstetra, no setor privado, ao decidir-se pela cesariana, frente a indicações relativas a esse tipo de parto |
| Preferência dos profissionais? | Taxas mais elevadas no período do dia apontam para fatores associados à organização da prática obstétrica e para a conveniência para o profissional médico. |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Não discorre sobre |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | Não discorre sobre |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | Não discorre sobre |
| Motivos para aumento da cesárea? | potenciais diferenças na prática obstétrica e, conseqüentemente, no grau de flexibilização ou permeabilidade da conduta médica nas indicações da cesariana |
| Conclusões do artigo: | Mulheres com melhores condições socioeconômicas e, potencialmente, menores riscos de complicações no parto, tenham maior chance de realizar cesariana, quando comparadas àquelas com menor poder aquisitivo e maior risco obstétrico. A multifatorialidade da determinação das taxas de cesariana no Brasil, incluindo importantes diferenças regionais e culturais, aponta para intervenções centradas na equipe médica, na relação da gestante com a assistência pré-natal e na organização dos serviços nas maternidades |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | sim |

| | |
|---|--|
| 9 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Preferência de via de parto e experiência prévia de dores em puérperas atendidas em uma maternidade |
| Título do periódico | CuidArte, Enferm |
| Autores | Aline Cristina de Poli Christiane Inocêncio Vasques; Emilia Campos de Carvalhon ; Luciana Braz de Oliveira Paes; Simone Roque Mazoni; |
| Ano de publicação | 2017 |
| Instituição sede do estudo | Faculdades Integradas Padre Albino / Hospital Escola Padre Albino/ Universidade de Brasília/ Universidade de São Paulo |
| Hospital | |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | Estudo descritivo com abordagem quantitativa |
| Objetivo ou questão de investigação | Verificar a preferência de via de parto e a experiência prévia de dores de puérperas atendidas em uma maternidade |
| População | 55 puérperas |
| Características: Raça / idade/ sexo | 61,8% declararam-se de raça branca/caucasiana e (38,2%) afrodescendente. A idade variou entre 18e 38 anos. A maioria 87,3%), afirmou ter companheiro. Predominou a ocupação do lar em 41 (74,5%) das entrevistadas, seguido de 13 (23,7%) trabalhadoras e 1 (1,8%) desempregada. No que tange à escolaridade, esta variou entre o ensino fundamental incompleto e médio completo; 19 (31,7%) completaram o ensino médio, 21,9% não o completaram; 20% estudaram até o ensino fundamental e 23,6% não o completaram |
| Local de realização do estudo | maternidade pública de um hospital-escola localizado no interior paulista, no Brasil. |
| Instrumento de coleta de dados | Entrevistas e levantamento de prontuários |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Os profissionais da saúde respeitem os sentimentos e desejos da mulher |
| Fatores impeditivos da autonomia | Não discorre sobre |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | No setor privado predomina a preferência pelo parto cesáreo |
| Motivação? PC | Não discorre sobre |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | Aproximadamente 89% das puérperas manifestaram a preferência de parto por via vaginal |
| Motivação/ Justificativas / PN | A experiência de dor não interferiu na preferência da via de nascimento das participantes |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | Não discorre sobre |
| Preferência dos profissionais? | Não discorre sobre |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Não discorre sobre |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? direito/ bioética/ política pública | Não discorre sobre |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | Não discorre sobre |
| Motivos para aumento da cesárea? | Não discorre sobre |
| Conclusões do artigo: | Destaca-se que ainda há grande contraste entre a preferência do parto normal e os altos índices de cesarianas no Brasil, aspecto importante e que justifica a investigação por meio de novos estudos Compreender as experiências de dores, os fatores psicoemocionais e socioculturais da mulher e de sua preferência de via de parto à tomada de decisão para a resolução do mesmo, tem sido o desafio da ciência, aindagerando controvérsias que contribuem para as altas taxas de cesáreas. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|---|--|
| 10 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS |
| Título do periódico | Physis Revista de Saúde Coletiva |
| Autores | Clarissa Niederauer Leote da Silva Pedroso Laura Cecilia López |
| Ano de publicação | 2017 |
| Instituição sede do estudo | UNISINOS |
| Hospital | |
| Área de Publicação | Saúde Coletiva |
| Características metodológicas do estudo | estudo qualitativo exploratório |
| Objetivo ou questão de investigação | analisar as experiências de parto dessas mulheres, relacionadas à assistência prestada na instituição |
| População | 25 mulheres puérperas |
| Características: Raça / idade/ sexo | todas tinham relacionamento estável, 52% se identificaram como brancas e o restante como pardas e pretas. o nível de escolaridade era baixo (a maioria não tinha ensino médio completo) e as atividades exercidas eram de baixa ou nenhuma remuneração. Dessas mulheres, 11 eram primíparas e 14, múltiparas (50%, acima de dois filhos). Quanto ao tipo de parto, 52% das mulheres realizaram parto normal e as demais foram submetidas à cesariana. |
| Local de realização do estudo | Maternidade pública de Porto Alegre |
| Instrumento de coleta de dados | Entrevista semiestruturada e pesquisa documental |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | tempo integral com acompanhante, atendimento acolhedor, incentivo ao vínculo mãe-bebê, diálogo numa relação simétrica. |
| Fatores impeditivos da autonomia | experiências negativas, depreciação, por parte dos profissionais, relações hierárquicas dentro do hospital, que colocam as mulheres num lugar passivo, limitando o espaço no qual podem se expressar e ter liberdade de conduzir parto conforme sua vivência no corpo. |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | Não discorre sobre |
| Motivação? PC | Dor do trabalho de parto, experiência negativa de um trabalho de parto normal |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | Não discorre sobre |
| Motivação/ Justificativas / PN | Não discorre sobre |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | Não discorre sobre |
| Preferência dos profissionais? | Não discorre sobre |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Ainda, é importante considerar que no caminho de tornar mais simétrica a relação entre profissionais e gestantes, abranger a diversidade de escolhas das mulheres . |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | Não discorre sobre |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | Hierarquias reprodutivas, que provocam situações de violência obstétrica vivenciadas por mulheres de camadas populares, muitas delas negras, usuárias de maternidades públicas. Seja na repressão da dor através de ameaças o uso abusivo de intervenções obstétricas sem refletir sobre a sua real necessidade e os efeitos negativos nas experiências das mulheres (potencializando dores, desconfortos, medos). Para essas mulheres todas as intervenções médicas foram consideradas parte da “boa assistência”, pois acreditaram que essas ações tiveram o intuito de auxiliá-las da melhor forma possível |
| Motivos para aumento da cesárea? | O que se percebe é que as intervenções médicas geram um “efeito cascata”, ou seja, os profissionais adotam intervenções que podem levar a complicações, desencadeando mais intervenções subsequentes e mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea. |
| Conclusões do artigo: | As mulheres são colocadas em um lugar passivo no processo de parturição e os profissionais mantêm o seu status de autoridade, estabelecendo assim uma relação verticalizada e despersonalizada. Dessa maneira, percebeu-se uma fragmentação das práticas de humanização. Pôde-se perceber que, independentemente do tipo de parto, as mulheres expressaram o desejo de participar. |
| As conclusões são justificadas com | Sim |

| | |
|----------------------|--|
| base nos resultados? | |
|----------------------|--|

| | |
|---|--|
| 11 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto |
| Título do periódico | Rev Bras Enferm |
| Autores | Virgínia Junqueira Oliveira, Claudia Maria de Mattos Penna |
| Ano de publicação | 2017 |
| Instituição sede do estudo | |
| Hospital | |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | Análise do discurso |
| Objetivo ou questão de investigação | Analisar os discursos sobre escolha da via de parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública. |
| População | 36 mulheres, 10 enfermeiras e obstetras e 14 médicos obstetras. |
| Características: Raça / idade/ sexo | A idade das mulheres variaram entre 16 e 38 anos. Dez mulheres não concluíram o ensino fundamental, 13 não finalizaram o ensino médio, 11 completaram o ensino médio e apenas 2 ensino superior. 16 mulheres informaram serem evangélicas, 19 católicas e, uma negra, pertencer a qualquer seita ou religião. 24 tiveram partos normais, sendo 9 com episiotomia e 12 se submeteram à uma cesariana. |
| Local de realização do estudo | Sete maternidades públicas dos municípios da macrorregião Centro-Oeste de Minas Gerais |
| Instrumento de coleta de dados | Entrevistas |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Relação de respeito e confiança entre os profissionais de saúde e as mulheres |
| Fatores impeditivos da autonomia | Dependência excessiva da determinação do profissional médico; condicionadas a pensarem que não tem o direito de escolha ou de fala; a assistência intervencionista; imobilização da mulher durante o parto |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | Não discorre sobre |
| Motivação? PC | O medo da dor; decisão médica |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | Não discorre sobre |
| Motivação/ Justificativas / PN | medo de cesárea; da anestesia |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | Em 17 partos quem escolheu a via foi o médico; 18 mulheres relataram terem participado da escolha da via de parto e apenas 1 mulher delega a escolha da via de parto para a enfermeira |
| Preferência dos profissionais? | Sem argumentos para convencer a mulher, o médico se diz persuadido pela parturiente e num discurso de vitimização transfere a culpa do número excessivo de cesáreas para a parturiente que na perspectiva dele não quer sentir dor, não colabora durante o processo, o que causa certa intolerância e constrangimento. parto. Esta definição ainda é centrada no médico, embora o enfermeiro participe das discussões |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Relata que as mulheres que parem na rede particular têm opção de escolha. |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | As mulheres são condicionadas a pensar que não tem o direito da opção programada pela cesárea eletiva no SUS, devido à normatização das políticas públicas; discurso que é contrário a condição social de mulheres que, afirmam ter este privilégio de escolher a via de parto, por possuírem um plano de saúde suplementar. Faz-se necessário legitimar as escolhas das mulheres, conferindo-lhes autonomia como uma forma de ser e de agir durante todo o processo. |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | |
| Motivos para aumento da cesárea? | O contexto cultural adota a cesárea como uma regra. Identifica-se uma inversão de valores culturais e sociais tanto das mulheres como dos profissionais de saúde em relação à via de parto. Muitas mulheres escolhem o parto cirúrgico antes mesmo de engravidar ou entrar em trabalho de parto, como forma não dolorosa de ter filhos. E o profissional de saúde, diante desse fenômeno e da dificuldade de sustentar o seu discurso, acaba tomando decisões, influenciado por questões financeiras, de |

| | |
|--|--|
| | comodidade e de tempo. cesárea, culturalmente, é percebida como mais prática e mais confiável, criando-se um paradoxo entre o desejo individual e o pensamento coletivo. |
| Conclusões do artigo: | <p>Na perspectiva das parturientes o tipo de parto é determinado pelo médico e as mulheres não são pró-ativas. A atuação do enfermeiro é tímida, embora sua presença seja fundamental para o estímulo ao parto fisiológico e promoção da autonomia das mulheres. Identifica-se a necessidade do médico adotar uma conduta acolhedora, informando as mulheres sobre os benefícios e prejuízos implicados na escolha do modo de nascer.</p> <p>Os profissionais médicos muitas vezes montam todo um cenário de necessidade clínica da cesariana, criando uma situação limite e hostil, com o intuito de persuadir e convencer a parturiente, os acompanhantes e até mesmo o enfermeiro obstetra, que passam a acreditar que não há mais condições para se conduzir o trabalho de parto. As práticas educativas não são capazes de transpor a cultura da cesárea construída socialmente. É necessário considerar a subjetividade e as necessidades de cada mulher, validar as suas escolhas, de forma que elas tenham uma atitude crítica diante das orientações recebidas, sendo capazes de reconhecer os benefícios e os riscos relacionados à opção escolhida como via de parto.</p> |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|---|---|
| 12Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Via de parto preferida por puérperas e suas motivações |
| Título do periódico | Escola Anna Nery |
| Autores | Annelise de Carvalho Gonçalves Fernanda Kottwitz Helga Geremias Gouveia |
| Ano de publicação | 2018 |
| Instituição sede do estudo | Universidade Federal do Rio Grande do Sul. |
| Hospital | Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário do Sul do Brasil, |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | Estudo transversal |
| Objetivo ou questão de investigação | Conhecer a via de parto preferida pelas puérperas e suas motivações. |
| População | 361 puérperas |
| Características: Raça / idade/ sexo | faixa etária de 16 a 34 anos (85,7%), tinha mais de oito anos de estudo (52,4%) e renda familiar de até dois salários mínimos (67,8%). Em relação à história obstétrica, a maioria era secundigesta ou mais (63,9%) e, entre as que já tiveram parto anterior, a maioria teve parto vaginal (74,1%) |
| Local de realização do estudo | Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário do Sul do Brasil |
| Instrumento de coleta de dados | questionário estruturado |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | O pré-natal também tem um papel fundamental na conduta informativa e educativa dessas possibilidades, pois o conhecimento destas ferramentas ainda durante a gestação poderá contribuir para redução do medo da mulher em relação ao parto e possibilitará que ela tome a melhor decisão para si quanto à via de parto, livre do estereótipo do sofrimento e do medo. O papel educativo do pré-natal qualifica o conhecimento da mulher e aumenta seus potenciais de escolha. |
| Fatores impeditivos da autonomia | Não discorre sobre |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | Não discorre sobre |
| Motivação? PC | não sentir dor do parto |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | (77,6%) desejou como desfecho para a gestação atual o parto vaginal |
| Motivação/ Justificativas / PN | "melhor recuperação no pós-parto" |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | Não discorre sobre |
| Preferência dos profissionais? | Não discorre sobre |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | constatou-se que o número de gestações e o tipo de parto anterior apresentaram associação estatística significativa com o tipo de parto desejado pelas mulheres |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? direito/ bioética/ política pública | Não discorre sobre |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | Ressalta-se que 260 mulheres (72,0%) não foram nem mesmo questionadas quanto a sua preferência em relação ao tipo de parto Embora não se possa fazer inferências acerca dos motivos que levaram a essa significativa diminuição no número de partos vaginais, ao contrapor o desejo apresentado e os números atuais de cesariana, pode-se levantar a hipótese de que há uma grande fragilidade no que diz respeito à autonomia da mulher durante a gravidez e nascimento. |
| Motivos para aumento da cesárea? | O sofrimento e o medo foram achados constantes para a decisão da via de parto, o que faz atentar para o fato de que há uma cultura que se solidificou sobre o estereótipo da dor do parto. Para haver uma redução nas taxas de cesáreas, é necessário desconstruir essa ideia de sofrimento relativa ao parto. |
| Conclusões do artigo: | Fornecer informações à mulher sobre o funcionamento do seu corpo, a fisiologia do parto e os mecanismos da dor podem ser ferramentas importantes para ressignificar o parto normal, além de empoderar a mulher. |

| | |
|--|-----|
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |
|--|-----|

| | |
|---|--|
| 13 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Satisfação no parto normal: encontro consigo |
| Título do periódico | Rev Gaúcha Enferm |
| Autores | Ana Carolina Belmonte Assalina Bruna Felisberto de Souza Jamile Claro de Castro Bussadorib Márcia Regina Cangiani Fabbro Monika Wernetb Rafaela Camila Freitas da Silvaa |
| Ano de publicação | 2018 |
| Instituição sede do estudo | Universidade Federal de São Carlos |
| Hospital | - |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | Estudo qualitativo, exploratório e descritivo |
| Objetivo ou questão de investigação | Compreender a satisfação da mulher na experiência do parto normal. |
| População | vinte mulheres |
| Características: Raça / idade/ sexo | Média de idade foi de 30 anos, sendo a 19 anos a menor idade e 43 anos a maior idade. Setenta por cento das mulheres se auto referiram de cor branca, 75% casadas, 45% possuíam pós-graduação, 60% realizavam atividade remunerada fora do lar e a renda média familiar era de 5,7 salários. A maioria era primigesta (55%) e primípara (65%), 55% das gestações tinham sido planejadas |
| Local de realização do estudo | município de médio porte do interior do estado de São Paulo |
| Instrumento de coleta de dados | Questionário e entrevista |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | evidencia-se o poder da educação em saúde em resgatar a confiança nas mulheres na sua capacidade de parir, presença ativa de acompanhante, atendimento empático e respeitoso da parte dos profissionais de saúde, informação contínua ao longo do processo |
| Fatores impeditivos da autonomia | a desinformação está entre os fatores que sustenta a ideia da cesárea como parto ideal |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | Não discorre sobre |
| Motivação? PC | Medo da dor |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | Não discorre sobre |
| Motivação/ Justificativas / PN | Ao medo da cesariana e os riscos identificados nela, rápida recuperação no pós-parto, Na vivência do PN reforçam os valores que ponderavam ao mesmo e valoram sua representatividade para o ser mulher. Destacam ser uma prática obstétrica humana, valorizadora da singularidade, direitos e protagonismo. |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | |
| Preferência dos profissionais? | Aos profissionais de saúde e enfermeiros aferem a relevância de socializar na direção de significar o PN como natural, possível a toda mulher e promotor de vivências positivas, com apostas na publicização de experiências de pessoas que o vivenciaram. Àqueles que conduzem o PN, fazer apostas e uso de estratégias para a promoção do conforto e assistência livre de danos, com indicação de Enfermeiros e obstetrias para sua condução |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | A mulher que tem mais informação sobre seus direitos e parto. |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? direito/ bioética/ política pública | Não discorre sobre |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | A dor no PN é comumente explorada por profissionais para coagir mulheres a optarem pela cesariana, em conjunto com a ideia da segurança provida pela mesma. decisão pela via de parto é fortemente influenciada por vivências e experiências próprias anteriores, bem como por fatores externos, como os relatos de outras mulheres e informações recebidas por fontes diversas |
| Motivos para aumento da cesárea? | Persiste uma assistência onde prevalece o uso do poder e a ocorrência da dominação simbólica, submissão, subordinação, autoritarismo, negligência e impessoalidade com os aspectos emocionais e relativos ao cuidado no pré-parto, parto e pós-parto imediato |
| Conclusões do artigo: | O presente estudo promoveu reflexões e tem potencialidade para estimular os profissionais de saúde a buscarem inovações que se alicerem em um cuidado pautado na humanização do parto, no protagonismo |

| | |
|--|---|
| | feminino e na proteção de direitos humanos. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|---|---|
| 14 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante |
| Título do periódico | Saude debate |
| Autores | Gastão Wagner de Sousa Campos, Juliana Azevedo Fernandes, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco |
| Ano de publicação | 2019 |
| Instituição sede do estudo | Universidade Estadual de Campinas |
| Hospital | Rede pública de Campinas |
| Área de Publicação | Saúde pública/ serviços de saúde |
| Características metodológicas do estudo | Estudo transversal |
| Objetivo ou questão de investigação | verificar e discutir aspectos relacionados ao cuidado compartilhado na decisão da via de parto durante o pré-natal especializado. |
| População | 400 gestantes |
| Características: Raça / idade/ sexo | A média de idade foi de 32,1 anos, sendo que 16,1% eram menores de 20 ou maiores de 40 anos. Quanto à cor da pele/raça, 42,8% se declararam pardas. Com relação à escolaridade, a maior parte cursou o Ensino Médio, e apenas 8,9% iniciaram ou concluíram o Ensino Superior. Quase 90,0% não possuíam convênio/plano de saúde, 59,9% estavam no 3º trimestre na ocasião da aplicação do questionário, e a maioria, 85,6%, iniciou o pré-natal ainda no 1º trimestre de gestação. |
| Local de realização do estudo | Hospitais de públicos de Campinas |
| Instrumento de coleta de dados | Entrevista |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Não discorre sobre |
| Fatores impeditivos da autonomia | Falta de diálogo entre profissional e paciente; os serviços de saúde têm uma tendência a identificar o usuário como um ser passivo, alijado de recursos para lidar com sua situação, de modo a reforçar sua dependência e identificar a potência apenas no polo do profissional; impossibilidade de diálogo sobre a forma de parto; |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | Não discorre sobre |
| Motivação? PC | Não discorre sobre |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | Não discorre sobre |
| Motivação/ Justificativas / PN | Não discorre sobre |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | Médico |
| Preferência dos profissionais? | Quando o médico decide sozinho sobre o tipo de parto a ser realizado, a maioria indica a cesariana. Quando o médico decide sozinho sobre o tipo de parto a ser realizado, a maioria indica a cesariana. Nos casos em que foi possível fazer a cogestão da decisão sobre o tipo de parto a ser escolhido, verificou-se que prevalece a opção pela cesariana, porém, em percentual bem mais baixo do que quando o médico decide sozinho. |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Não discorre sobre |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | Tendência a identificar o usuário como um ser passivo, alijado de recursos para lidar com sua situação, de modo a reforçar sua dependência e identificar a potência apenas no polo do profissional. É necessário incluir a centralidade da participação do usuário e considerá-lo sujeito de sua vida em todos os momentos, inclusive nas circunstâncias de fragilidade psíquica e biológica |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | A temática do parto propriamente dito está pouco presente nas consultas de pré-natal, mesmo nos estágios avançados da gestação. |
| Motivos para aumento da cesárea? | Preferência médica, a gestante não participa da escolha da via de parto, sendo apenas informada sobre a decisão. Essa |

| | |
|--|---|
| | <p>realidade tem sido apontada como um dos fatores que contribuem para o aumento do parto cirúrgico. Além disso, ressaltamos que, para a escolha individual do médico ou para possibilidade de decisão conjunta, em que o tipo de parto foi a cesárea, 62,7% das mulheres não souberam dizer o motivo da escolha.</p> |
| Conclusões do artigo: | <p>Destaca-se que, embora um percentual significativo das mulheres tenha feito a escolha da via do parto sem discutir com o médico, entende-se que essa não é uma escolha autônoma ou reveladora de protagonismo, uma vez que o estudo investigou se 'foi possível negociar a forma de parto'. Ou seja, essas mulheres podem não ter recebido a atenção necessária para construir sua decisão, apoiadas em informações técnicas do médico e com possibilidade de lhe comunicar seus desejos e anseios pessoais dentro de uma relação de cuidado compartilhado e confiança. Chama, ainda, a atenção o relato de que 39% das decisões foram tomadas exclusivamente pelo médico, o que evidencia a impossibilidade de diálogo sobre a forma de parto. Entre as mulheres que relataram escolha individual do médico, 71,7% dos profissionais optaram pela cesárea, e, na escolha individual da gestante, 84,4% optaram pelo parto normal. Já entre as que mencionaram a possibilidade de decisão conjunta, 60,5% optaram pela cesárea</p> |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|---|--|
| 15 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto |
| Título do periódico | Rev Bras Enferm. |
| Autores | Cristina Maria Garcia de Lima Paradal Fernanda Cristina Manzini Sleutjes Roberta Marielle ArikI Vera Lúcia Pamplona Tonetel |
| Ano de publicação | 2019 |
| Instituição sede do estudo | Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho |
| Hospital | |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | pesquisa qualitativa |
| Objetivo ou questão de investigação | apreender as percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto. |
| População | 15 gestantes |
| Características: Raça / idade/ sexo | Entre 18 e 37 anos. Todas tinham companheiro no momento da coleta de dados e mais de oito anos de aprovação escolar e, predominantemente, não exerciam atividade remunerada, mas entre as que exerciam, foram citadas as profissões: empregada doméstica, babá, zeladora e calçadista |
| Local de realização do estudo | Município do Interior de São Paulo |
| Instrumento de coleta de dados | Entrevistas |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | a oferta de grupos educativos, voltados às gestantes e a seus familiares, pode ter papel importante no empoderamento das mulheres quanto à escolha do tipo de parto. objetivando- se a inclusão e a participação ativa da mulher no processo de decisão, respeitando-se a condição clínica atual, bem como características culturais e autonomia |
| Fatores impeditivos da autonomia | falta de centralidade e protagonismo da mulher que, em geral, não discute com o médico sobre o que seria melhor para ela e seu filho, aceitando as condutas, sem questionamentos, supervalorizando a opinião médica no que diz respeito à escolha e indicação final do tipo de parto |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | As que tiveram cesárea anterior ou as que tiveram experiências ruins com parto normal |
| Motivação? PC | influência médica, Segurança da operação cesariana, Medo da indução do parto vaginal e da dor. Medo do parto vaginal, praticidade. Experiência ruim com parto vaginal |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | As que tiveram boas experiências com parto normal. |
| Motivação/ Justificativas / PN | Baixo risco, recuperação rápida, Favorece o bebê e o aleitamento, Risco de infecção após operação cesariana, internação curta, facilita cuidar do bebê |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | família e as do médico/ experiências dos familiares interferiram na escolha da gestante pelo tipo de parto, principalmente quando foram partos vaginais. |
| Preferência dos profissionais? | decisões médicas foram frequentemente apontadas como determinantes da escolha pela operação cesariana. As taxas de operação cesariana estão associadas às cirurgias intencionalmente agendadas e/ou decididas |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir a via de parto? | Não discorre sobre |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | Não discorre sobre |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | O modelo biomédico de assistência à gestação e ao parto, que se apoia nos riscos que o parto vaginal pode acarretar e apresenta o parto cirúrgico como modelo de segurança e modernidade, caracteriza-se pela falta de centralidade e protagonismo da mulher que, em geral, não discute com o médico sobre o que seria melhor para ela e seu filho, aceitando as condutas, sem questionamentos, supervalorizando a opinião médica no que diz respeito à escolha e indicação final do tipo de parto |
| Motivos para aumento da cesárea? | O aumento na ocorrência desse procedimento também está relacionado ao desejo das mulheres por esse tipo de parto, |

| | |
|--|---|
| | <p>apoiadas pelo médico, seja pela comodidade de agendar o procedimento, pela viabilidade de ter o mesmo profissional de saúde que acompanhou o pré-natal, pela preferência da família ou pela percepção de que o parto cirúrgico é melhor para mãe para o recém-nascido</p> |
| Conclusões do artigo: | <p>A cesariana, tal preferência mostrou-se ainda estreitamente ligada às percepções e expectativas de que, neste tipo de procedimento, poupa-se a gestante da dor e proporciona-se a ela e ao seu bebê maior segurança.</p> <p>A oferta de grupos educativos, especialmente organizados no estilo de rodas de conversa, voltados às gestantes e a seus familiares, pode ter papel importante no empoderamento das mulheres quanto à escolha do tipo de parto, visto que a superação da rejeição ao parto vaginal passará pela desconstrução da operação cesariana como modelo ideal para o nascimento e pela valorização do trabalho de parto assistido de uma forma segura e humanizada como mecanismo essencial para a saúde das mães e recém-nascidos.</p> |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|---|---|
| 16 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Autonomia da gestante na escolha da via de parto |
| Título do periódico | Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo |
| Autores | Mônica Maria de Jesus Silva Semara Carolini Brandão Silva Gabriel Arruda Melo |
| Ano de publicação | 2019 |
| Instituição sede do estudo | - |
| Hospital | - |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | Estudo descritivo com abordagem quantitativa |
| Objetivo ou questão de investigação | identificar a preferência da gestante primigesta quanto à via de parto, conhecer os fatores que influenciam a sua tomada de decisão nessa escolha |
| População | 35 gestantes primigestas |
| Características: Raça / idade/ sexo | Faixa etária variou de 18 a 40 anos de idade, com média de 26 anos e maior frequência na faixa entre 26 e 30 anos. maioria das mulheres tinham alguma ocupação ou profissão remunerada. Predominaram gestantes casadas, que frequentaram a escola até o ensino médio e católicas. |
| Local de realização do estudo | Município do Sul de Minas Gerais |
| Instrumento de coleta de dados | Formulário semiestruturado e entrevista |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | O maior nível de escolaridade possa estar atrelado à maior informação sobre os benefícios do parto natural; O fortalecimento dos conhecimentos da gestante sobre o parto |
| Fatores impeditivos da autonomia | Supervalorização do saber médico; Falta de conhecimento e orientações |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | Apontou para a relação entre preferência por cesárea e o maior nível econômico, isso, talvez, porque a maioria dessas mulheres realizaram o pré-natal na rede privada e que, tal fato associado a motivos diversos, culminaram na escolha da cesariana |
| Motivação? PC | indicação clínica e o medo da dor |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | Preferência pelo parto natural parece ter relação diretamente proporcional à idade materna, traduzindo-se em uma reflexão sobre as consequências das vias de parto em consequência do amadurecimento da mulher |
| Motivação/ Justificativas / PN | A rápida recuperação pós-parto; porque ele é natural; a dor única; a informação de que cesárea é prejudicial ao bebê; o desejo de evitar complicações no pós-operatório; e a concepção de que o parto vaginal é o melhor momento para o nascimento |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | o médico foi apontado como o principal fator de influência, seguido pela família e amigos |
| Preferência dos profissionais? | A decisão do profissional de saúde tem um peso significativo na decisão da mulher pela via do parto, uma vez que o pré-natal se configura com um espaço privilegiado de contato entre o profissional e a mulher. |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Aquela mulher que recebe informações sobre o parto |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | A importância da educação em saúde orientada pelos profissionais durante o pré-natal, com vistas a resgatar o protagonismo da mulher no processo de nascimento, oportunizando a ela decidir sobre o tipo de parto que deseja ter de forma crítica e reflexiva, com base em informações consistentes e evidências científicas. |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | Resultados relevantes referentes a escolha da via de parto, verificando-se que as gestantes grávidas pela primeira vez, recebem muitas influências que interferem em suas decisões. |
| Motivos para aumento da cesárea? | O alto índice de cesarianas no Brasil demonstra uma lacuna existente no processo de orientação e preparo da mulher para sua decisão, a qual a impede de assumir o protagonismo na escolha do parto desejado por meio de uma pseudoautonomia que a induz a uma escolha |

| | |
|--|--|
| | que nem sempre é a mais benéfica ou até mesmo desnecessária para o nascimento. |
| Conclusões do artigo: | O paradoxo existente entre o aumento da gradativo da conscientização da mulher acerca dos benefícios do parto vaginal e o alto índice de cesarianas no Brasil demonstra uma lacuna existente no processo de orientação e preparo da mulher para sua decisão, a qual a impede de assumir o protagonismo na escolha do parto desejado por meio de uma pseudoautonomia que a induz a uma escolha que nem sempre é a mais benéfica ou até mesmo desnecessária e que, assim, justifica a atual cultura da cesárea que instituiu-se no sistema de saúde brasileiro. Assim, diante deste cenário, observa-se que apesar da escolha pelo tipo de parto, muitas vezes, ser influenciada, carente de conhecimento e orientação que acabam por diminuir a autonomia da gestante na tomada de decisão, a mesma está se transformando em uma preferência da mulher e não apenas em uma indicação profissional. A ideia de que a cultura da cesárea está arraigada em nossa sociedade e indicando que apesar da cesariana apresentar um perfil crescente no país, o anseio pelo parto vaginal ainda prevalece entre as mulheres. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|---|--|
| 17 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante |
| Título do periódico | Rev. pesquis. cuid. Fundam. |
| Autores | Mara Julyete Arraes Jardim; Andressa Arraes Silva,; Lena Maria Barros Fonseca, |
| Ano de publicação | 2019 |
| Instituição sede do estudo | Universidade federal do Estado do Rio de Janeiro |
| Hospital | |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa |
| Objetivo ou questão de investigação | Compreender as contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural, sob a ótica da gestante. |
| População | 18 gestantes |
| Características: Raça / idade/ sexo | Não específica |
| Local de realização do estudo | São Luís/MA |
| Instrumento de coleta de dados | Análise dos depoimentos |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | as orientações e as estratégias utilizadas na propagação de informações pelos profissionais |
| Fatores impeditivos da autonomia | A própria falta de autonomia da mulher submissas à decisão tomada pelo profissional, não oferecendo o conhecimento suficiente para o preparo do exercício da autonomia feminina. |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea ? | Não específica |
| Motivação? PC | Não específica |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | maioria das participantes |
| Motivação/ Justificativas / PN | Não específica |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | Profissionais de saúde e familiares |
| Preferência dos profissionais? | Não específica |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Não específica |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | O empoderamento deve, então, ser entendido como o resultado da distribuição de informações, recursos e oportunidades com o objetivo de fortalecer o conhecimento, a participação e os direitos das usuárias do serviço de saúde a respeito das decisões do parto. |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | Apesar da maioria das participantes deste estudo optarem pelo parto normal, acredita-se que suas preferências não partiram de uma discussão com os profissionais sobre os inúmeros benefícios desse tipo de parto. Isso possibilita a diminuição ou perda da autonomia da mulher nesse evento, as quais podem ficar submissas à decisão tomada pelo profissional que lhes assiste no pré-natal ou ainda, demonstrarem-se desinformadas a respeito das inúmeras vantagens do parto normal |
| Motivos para aumento da cesárea? | Não discorre sobre |
| Conclusões do artigo: | Tirar as dúvidas das mulheres fornecendo-lhes informações adequadas e instituindo um ciclo de confiança, têm como consequências relações mais harmoniosas e a possibilidade de fazer escolhas com mais autonomia, favorecendo o empoderamento e reduzindo a posição subordinada das mulheres no processo de parto. As estratégias utilizadas pelo enfermeiro para o incentivo ao empoderamento caracterizam-se como práticas fragmentadas, refletindo ausência de diálogo entre gestante e profissional e não oferecendo o conhecimento suficiente para o preparo do exercício da autonomia feminina. a assistência pré-natal deve preparar a mulher para que sua voz seja considerada, respeitando o direito ao exercício da autonomia feminina e o direito de escolha informada e consentida no momento do parto. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |

| | |
|---|---|
| 18 Dados de identificação do artigo | |
| Título do artigo | PARTO CIRÚRGICO: AS MÚLTIPLAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES |
| Título do periódico | Rev baiana enferm. |
| Autores | Fanny Eicherberger Barral; Graziele Matos Oliveira; Natália Webler Lilian Conceição Guimarães de Almeida; Tânia Christiane Ferreira Bispo; Telmara Meneze Couto,s |
| Ano de publicação | 2020 |
| Instituição sede do estudo | Universidade Federal da Bahia. |
| Hospital | |
| Área de Publicação | Enfermagem |
| Características metodológicas do estudo | estudo qualitativo |
| Objetivo ou questão de investigação | Conhecer as experiências de mulheres que vivenciaram o parto cirúrgico |
| População | Dez mulheres que experienciaram parto cirúrgico |
| Características: Raça / idade/ sexo | faixa etária entre 22 e 44 anos, das quais sete se autodeclararam pardas e três pretas. Quanto à escolaridade, duas mulheres tinham o ensino fundamental, cinco possuíam ensino médio e três, o ensino superior. concerne ao estado civil, cinco eram casadas e cinco solteiras. |
| Local de realização do estudo | Salvador, Bahia |
| Instrumento de coleta de dados | entrevistas |
| Resultados (de acordo com objetivos da dissertação) | |
| Fatores facilitadores da autonomia | Instrumentos educativos |
| Fatores impeditivos da autonomia | Desinformação coloca a mulher em situação de vulnerabilidade, o que limita o seu poder de decisão e a sua percepção de que é natural estarem submetidas à decisão do profissional, participação suprimida, assistência obstétrica segmentada e intervencionista. |
| Quais mulheres que preferem o parto cesárea? | Não discorreu sobre |
| Motivação? PC | As mulheres da pesquisa não tiveram oportunidade de escolha |
| Quais mulheres que preferem o parto normal? | Não discorreu sobre |
| Motivação/ Justificativas / PN | Experiência do parto cirúrgico é permeada pelo medo pela maioria das mulheres |
| Quais os atores influenciam na tomada de decisão? | As entrevistadas referem em seus discursos que a decisão pela via de parto foi exclusivamente do profissional médico, sendo sua participação suprimida nesse processo, ainda que tentassem se colocar. Exteriorizaram que o bem-estar do bebê contribuiu para a sua passividade diante da decisão médica. |
| Preferência dos profissionais? | Parto cesárea |
| Qual mulher tem mais autonomia para decidir sobre a via de parto? | Nenhuma mulher teve autonomia da escolha |
| Como o estudo mostra o conceito de autonomia da mulher? | Não discorreu sobre |
| Quais e como são os processos de produção de autonomia e heteronomia, considerando os contextos dos marcadores sociais da diferença e seu impacto na experiência das mulheres? | percebe-se que a decisão sobre o parto perpassa a existência de uma relação hierárquica, em que o saber científico centrado no modelo tecnicista favorece uma assistência obstétrica segmentada e intervencionista. |
| Motivos para aumento da cesárea? | Indicações médicas que nem sempre são com base em evidências científicas. |
| Conclusões do artigo: | Neste estudo, parece que a escolha pelo tipo de parto foi médica, utilizado como argumento o contexto de risco já referido. A mulher não teve participação na decisão sobre a via de parto, sendo uma deliberação que coube aos profissionais médicos. O estudo sinaliza para a necessidade de mudanças no cenário do parto cirúrgico, o que poderá contribuir para uma prática profissional que prioriza a qualidade da assistência ofertada e favorece o empoderamento das mulheres. |
| As conclusões são justificadas com base nos resultados? | Sim |