

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

FERNANDA DE FREITAS DORNELES

**ESCOLHA DA VIA DE NASCIMENTO PELA MULHER: AUTONOMIA OU
IMPOSIÇÃO?**

Uruguaiana

2022

FERNANDA DE FREITAS DORNELES

**ESCOLHA DA VIA DE NASCIMENTO PELA MULHER: AUTONOMIA OU
IMPOSIÇÃO?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Enf^a Lisie Alende Prates.

Uruguaiiana

2022

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

D713e Dorneles, Fernanda de Freitas
ESCOLHA DA VIA DE NASCIMENTO PELA MULHER: AUTONOMIA OU
IMPOSIÇÃO? / Fernanda de Freitas Dorneles.
31 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade
Federal do Pampa, ENFERMAGEM, 2022.
"Orientação: Lisie Alende Prates".

1. Saúde da Mulher. 2. Parto. 3. Cesárea. 4. Autonomia
Pessoal. 5. Relações Médico-Paciente. I. Título.

FERNANDA DE FREITAS DORNELES

**ESCOLHA DA VIA DE NASCIMENTO PELA MULHER: AUTONOMIA OU
IMPOSIÇÃO?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Enfermagem.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em dia: 10 de agosto de 2022.

Banca examinadora:



Profª Drª Enfª Lisie Alende Prates

Orientadora - UNIPAMPA



Profª Drª Enfª Cenir Gonçalves Tier

UNIPAMPA



Enfa. Obstetra Daiana Fontoura de Paula
Santa Casa de Caridade de Uruguaiana

AGRADECIMENTO

À Deus, pela minha vida e por permitir que tivesse determinação para não desanimar durante todos os anos de estudos.

Aos meus familiares, amigos e namorado por garantirem um porto seguro, em que pudesse me apoiar enquanto me dedicava à realização deste trabalho e ao cuidado ao próximo, sem nunca duvidar da minha capacidade. Em especial à minha mãe, Cláudia, que mesmo com todos os percalços da vida jamais deixou de vibrar com cada conquista minha.

Aos meus professores, por dedicarem sua vida ensinando, corrigindo e acima de tudo, inspirando e sendo modelo de profissional a seguir.

Agradeço à Jussara, que me orientou durante a elaboração do projeto de pesquisa e Lisie que me orientou durante as pesquisas e discussões, professoras que são exemplos de mulher, profissional e humanização. À banca examinadora, Cenir e Daiana, por compartilharem seus conhecimentos e contribuírem para a realização deste estudo.

Por fim, à todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é, senão, uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcuta

RESUMO

Objetivo: conhecer as expectativas e experiências de mulheres em relação às vias de nascimento, a fim de verificar se representa escolha feminina ou imposição profissional. **Método:** pesquisa qualitativa, no município de Uruguaiana, entre fevereiro e junho de 2022. As participantes foram entrevistadas em duas ocasiões, durante a gestação e após o nascimento do bebê. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** embora a maioria das mulheres tenham demonstrado preferência pelo parto vaginal, a via de nascimento foi imposta pelo obstetra, nem sempre considerando os desejos das pacientes. **Considerações finais:** o modelo hegemônico de atenção obstétrica estabelece posições diferenciadas para profissionais de saúde e gestantes. As mulheres não conseguem expressar suas preferências e os profissionais impõem suas vontades, sem resistências.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Parto; Cesárea; Autonomia pessoal; Relações Médico-Paciente.

ABSTRACT

Objective: to know the expectations and experiences of women in relation to the ways of birth, in order to verify if it represents a female choice or professional imposition. **Method:** qualitative research, in the municipality of Uruguaiana, between February and June 2022. Participants were interviewed on two occasions, during pregnancy and after the baby's birth. Data were submitted to thematic content analysis. **Results:** although most women have shown a preference for vaginal delivery, the birth route was imposed by the obstetrician, not always considering the patients' wishes. **Final considerations:** the hegemonic model of obstetric care establishes differentiated positions for health professionals and pregnant women. Women cannot express their preferences and professionals impose their wills without resistance.

Keywords: Women's Health; Parturition; Cesarean Section; Personal Autonomy; Physician-Patient Relations.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	11
MÉTODO	12
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso será formatado conforme artigo científico a ser publicado na Revista Mineira de Enfermagem. As normas do periódico podem ser consultadas por meio do link: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/about/submissions>

INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, o modelo assistencial de saúde passou por reformulações, as quais também impactaram na atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Nesse contexto, o nascimento passou de um evento natural, realizado em âmbito familiar e com assistência de parteiras, para uma prática hospitalar e medicalizada, marcada por uma epidemia de cesarianas (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

O objetivo da assistência ao parto é garantir que a mulher e o recém-nascido se mantenham seguros e saudáveis. Dito isso, o parto vaginal por ser um acontecimento fisiológico, é benéfico para mãe e bebê, representando, assim, a via de nascimento mais indicada em gestantes de risco habitual e, também, em gestações de alto risco desde que bem acompanhadas (ARIK *et al*, 2019).

Contudo, sob a perspectiva capitalista, a cesariana se tornou um procedimento idealizado, pois é relativamente rápido e gera alta produtividade e maior lucro às instituições e profissionais de saúde. Além disso, muitos profissionais julgam ser um procedimento mais seguro, muitas vezes, por desconhecerem as técnicas e manobras para auxiliar no parto vaginal. Diante disso, alguns influenciam as mulheres sobre a sua escolha, alegando ser a vontade da gestante (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

Somado a isso, o desconhecimento quanto à fisiologia do parto torna as mulheres vulneráveis às influências externas. Com isso, elas assumem posição passiva e o processo de nascimento centra-se no profissional de saúde, que, muitas vezes, conduz a vivência a partir de intervenções desnecessárias e prejudiciais (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018). Logo, pondera-se que, além da necessidade de reduzir as taxas de cesariana sem indicações reais, é preciso repensar o modelo de atenção ao parto e nascimento, de modo a garantir as preferências e escolhas das gestantes (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017).

Nesse sentido, cabe destacar que embora as indicações de cesariana sejam limitadas, devendo representar 10 a 15% de todos os nascimentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), no Brasil, a realidade se contrapõe ao preconizado. De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre os anos de 2015 a 2020, o país registrou um percentual de 55,9% de cesáreas, isto é, mais da metade dos nascimentos. No município de Uruguaiana, no Rio Grande do Sul, identificou-se, no ano de 2020, 1638 nascimentos, sendo que destes, 896 nasceram pela via cirúrgica (DATASUS, 2020).

Assim, destaca-se que apesar de a cesárea representar um avanço na área obstétrica, ela consiste em cirurgia de grande porte e, portanto, só deveria ser realizada quando os riscos do parto vaginal são maiores que os benefícios (CARVALHO; CERQUEIRA, 2020). Ademais,

reconhece-se que a realização da cesárea sem indicação que a justifique pode significar maior risco de morbimortalidade materna e neonatal (AGUIAR et al, 2018). Em virtude disso, o presente estudo buscou responder a questão de pesquisa: a via de nascimento se dá como uma escolha das mulheres ou como uma imposição do profissional de saúde? Portanto, teve-se como objetivo conhecer as expectativas e experiências de mulheres em relação às vias de nascimento, a fim de verificar se representa escolha feminina ou imposição profissional.

MÉTODO

Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado entre os meses de fevereiro e junho de 2022, no município de Uruguaiana, Rio Grande do Sul. Como critérios de elegibilidade considerou-se as gestantes de risco habitual, qualquer faixa etária, com idade gestacional a partir de 32 semanas, independente do número da paridade e que estavam realizando acompanhamento pré-natal em alguma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município.

Para operacionalização da coleta de dados, a pesquisadora solicitou aos enfermeiros das ESFs acesso aos dados das gestantes (nome, data de nascimento, idade gestacional e contato telefônico) em acompanhamento pré-natal. Após, duas gestantes de cada ESF do município foram selecionadas aleatoriamente. Posteriormente, a acadêmica entrou em contato com as possíveis participantes via *WhatsApp*®, com a finalidade de convidá-las a participar do estudo.

Nessa ocasião, foi apresentada a temática e o objetivo da pesquisa. Também foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em arquivo digital, com assinatura da pesquisadora responsável, para apreciação das participantes. Para registrar o aceite, orientou-se que as participantes deveriam enviar mensagem de texto ou de áudio. A seguir, foi agendada data e horário para realização da coleta de dados.

A coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa, as participantes foram contatadas durante o período gestacional. Já a segunda etapa ocorreu após o nascimento, respeitando os primeiros 15 dias do puerpério, a fim de garantir o tempo para recuperação e adaptação com o bebê.

Ambas etapas aconteceram via chamada de áudio convencional, por meio da rede social *WhatsApp*® ou de chamada de vídeo na plataforma *Google Meet*®, conforme a escolha da participante. Durante a coleta de dados, solicitou-se autorização das participantes para a realização da gravação do áudio.

Para coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada individual, com perguntas abertas e fechadas, previamente elaboradas pelas pesquisadoras. Na primeira etapa da pesquisa,

as participantes foram questionadas sobre aspectos que permitiram a sua caracterização pessoal e sobre os conhecimentos e expectativas quanto às vias de nascimento. Na segunda etapa, elas relataram as vivências relativas ao nascimento do bebê.

Ao todo, 55 gestantes foram convidadas. Contudo, 14 recusaram formalmente e 27 não retornaram o contato da pesquisadora, mesmo após duas tentativas em dias e horários distintos. Desse modo, a pesquisa contou com 14 participantes, que realizaram acompanhamento pré-natal em dez ESF distintas do município. Ressalta-se, também, que a captação de novas participantes foi encerrada no momento em que foi atingido o critério de saturação de dados, isto é, quando as informações encontradas foram repetidas e o objetivo do estudo foi alcançado (MINAYO, 2017).

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, após, submetidas à análise de conteúdo temática (MINAYO, 2014). Esse método de análise é composto por três etapas, sendo elas, a pré-análise, a exploração do material e a interpretação dos resultados.

O estudo seguiu as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição de Ensino, em 29 de Outubro de 2021, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 50839521.0.0000.5323 e parecer nº 5.071.694. As participantes foram identificadas pela letra P de “Participante”, seguida de algarismo numérico, garantindo, assim, o seu anonimato.

RESULTADOS

As participantes encontravam-se na faixa etária dos 19 aos 35 anos de idade. Onze se autodeclararam brancas e três pardas. Cinco declararam como estado civil solteira, seis em união estável e três casadas. Apenas uma residia sozinha, as demais residiam com companheiro e/ou familiares. Com relação à escolaridade, apenas uma tinha ensino fundamental incompleto, duas ensino médio incompleto, quatro ensino médio completo, quatro ensino superior completo e três estavam cursando ensino superior. Seis mulheres possuíam trabalho remunerado, três eram estudantes e cinco do lar.

Quanto ao perfil obstétrico, cinco eram primigestas, seis secundigestas, sendo que três tiveram um abortamento prévio à gestação atual, duas passaram por uma cesariana no nascimento do primeiro bebê e uma teve parto vaginal, e três multigestas. Destas, uma tinha uma cesariana prévia à gestação atual, uma tinha um parto prévio e uma teve dois partos e uma cesariana, sendo que duas tiveram pelo menos, um episódio de abortamento espontâneo. Duas participantes que passaram por cesariana prévia relataram que entraram em trabalho de parto,

mas “não apresentaram dilatação”; outra realizou cesariana de emergência, pois desenvolveu quadro de pré-eclâmpsia, e a quarta mulher não soube relatar porque necessitou de uma cesariana.

Na primeira etapa, as mulheres encontravam-se entre 32 semanas e 39 semanas e seis dias. A data provável do parto estava prevista para os meses de fevereiro, março, abril e maio do ano de 2022. Apenas seis participantes planejaram a gestação. Entretanto, todas passaram a desejá-la após a descoberta. Somente uma entrevistada iniciou o pré-natal no segundo trimestre de gestação, as demais iniciaram no primeiro trimestre, em geral até a décima semana de gestação. Até o momento do nascimento, nenhuma das participantes se enquadrava como gestante de alto risco.

Mediante a análise dos materiais da coleta de dados, emergiram três categorias. A primeira foi intitulada “*Eu escutei que*”: conhecimentos das gestantes sobre as vias de nascimento; A segunda “*É muito relativo*”: preferências e expectativas de gestantes sobre o nascimento do bebê e a terceira Experiências de mulheres sobre o parto e a cesárea: escolha ou imposição?

“*Eu escutei que*”: conhecimentos das gestantes sobre as vias de nascimento

As gestantes mencionaram os benefícios e riscos das vias de nascimento. Em se tratando do parto vaginal, elas indicaram a rápida recuperação no pós-parto, melhora da respiração do bebê após o nascimento, aumento da imunidade e o contato precoce entre mãe e bebê. Elas consideraram que o parto vaginal pode trazer riscos à mulher, envolvendo desmaio, falta de força no período expulsivo, problemas cardíacos, hemorragias, falta de dilatação, episiotomia e manobra de Kristeller. Para o bebê, elas consideraram que o parto vaginal pode acarretar em sofrimento fetal e morte neonatal.

Em relação à cesárea, as mulheres indicaram que é um procedimento que não causa dor e que poderia salvar a vida da mãe e/ou do bebê, caso o parto vaginal não fosse possível. Entretanto, afirmaram que a cesárea pode implicar em risco de infecção, ruptura da sutura, dor no pós-operatório, demora na descida do leite materno, necessidade de ajuda para realizar os cuidados com o recém-nascido, além de sentirem medo da anestesia. Elas consideraram que, para o bebê, pode ocorrer risco de nascimento prematuro e demora no contato da mãe com o bebê.

O que é parto vaginal? É o mesmo que parto normal? [...] Eu acho que tem vários benefícios, até com a criança, você pode ter contato muito mais rápido [...] Pelo pouco

que eu li, no parto pode ter alguma complicação por perder sangue [...] Na cesariana, por estar anestesiada, tu não curte o momento do nascimento. Não tem muito contato com a criança (P3).

Eu tenho entendimento de que o parto normal é melhor tanto para mulher quanto para criança [...] A recuperação é melhor, o bebê nasce quando está pronto e ajuda na imunidade do bebê. Já a cesariana é indicada quando existe algum risco [...] hoje em dia, a cesariana está na moda e todo mundo quer fazer, porque a mulher acha que não vai sentir dor, se criou um mito em volta do parto vaginal de que é dolorido, que tu vai sofrer e que a criança vai sofrer [...] se a mulher não pode ter parto vaginal, a cesariana é uma alternativa (P8).

Eu acho que o parto normal ajuda no desenvolvimento do corpo do bebê, ajuda na respiração, é mais saudável [...] No parto, a criança pode ficar presa, pode precisar fazer um corte para ajudar a criança nascer e ela pode nascer roxa (P12).

A recuperação do parto é melhor. Não sei se tem algum benefício a mais, mas o risco no parto é que se a mulher não tiver dilatação o bebê não nasce e pode morrer [...] O pós da cesariana é ruim, sente muita dor (P5).

Na cesárea, a mãe não sente dor [...] Eu acredito que seja menos traumático para a mulher (P4).

Um dos riscos do parto é não ter força pra empurrar o bebê ou desmaiar, fico pensando se vou aguentar [...] Na cesariana diz que a anestesia é ruim, tenho medo (P2).

Acredito que deve ter risco no parto. Pode acontecer alguma coisa na hora, principalmente, se tiver muitas intervenções que aumentam os riscos [...] Acredito que a cesariana serve para salvar a vida do bebê ou da mãe, até porque se não tivesse benefícios ela não existiria [...] mas é mais arriscada por ser uma cirurgia. Eu sei que ela interfere em toda vida ginecológica da mulher depois e diminui as chances da mulher ter um parto normal em gestações futuras [...] Têm risco de tirar o bebê fora do tempo dele, quando a cesariana é feita sem a mulher entrar em trabalho de parto (P7).

Acho que todos os tipos de parto têm riscos. Eu tenho medo da morte no parto normal, mas isso acontece nos dois. Não sei te dizer se isso acontece mais no parto normal ou na cesariana (P9).

Na cesariana a recuperação é mais lenta, o leite pode demorar a descer, a mulher precisa se cuidar mais por causa do corte e não consegue cuidar sozinha do bebê nos primeiros dias (P8).

Eu escutei que, no parto normal, quando a mulher ganha sente bastante dor e a cesária é uma cirurgia, que não dói na hora devido à anestesia, mas dói depois [...] O risco do parto normal é fazer muita força e desmaiar, ou dar problema de coração (P10).

Todo mundo me assustava, falando que os dois doem. Eu sabia que o parto normal dói muito, mas depois que o bebê nasce passa e, na cesariana, a mulher leva um corte. Então, a recuperação é mais demorada (P13).

Existem alguns partos normais, que fazem episiotomia e esse corte altera muito o corpo da mulher. Acho que é um dos riscos, porque não pode ocorrer, nem de empurrar a barriga da mulher para o bebê nascer (P14).

Tem que ter cuidado depois da cesariana por causa da infecção que pode dar, ou de ruptura dos pontos (P10).

Eu acho que a cesariana traz riscos só depois, se a pessoa não se cuidar, se não fizer curativo adequado, ou fazer esforço e pegar peso sabendo que não pode. Acho que não tem nenhum outro risco, até porque tu fica bem assistido por médicos e enfermeiros, então se acontecer alguma coisa eles estão preparados para te socorrer (P11).

Algumas participantes indicaram o fornecimento de informações, durante as consultas de pré-natal, pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde. Elas mencionaram que foram orientadas sobre as características das vias de nascimento e sobre a recuperação.

O que me falam é que o parto normal é menos invasivo, que é o normal da mulher, mas ninguém fala sobre pontos específicos (P3).

Falaram sobre o risco de eu ter um parto vaginal depois de passar por uma cesariana, que poderia romper o útero na hora do parto (P1).

Nessa gestação eu faço acompanhamento particular e pelo SUS também, e as enfermeiras do SUS falam que o melhor é o parto normal e que só caso não conseguir vai pra cesariana (P8).

Eu estou com bastante medo do parto, pensei em ter cesariana e perguntei sobre a recuperação, mas me falaram que o parto normal é mais saudável para mim e para o bebê (P12).

Explicaram que a cesariana por ser uma cirurgia é um pouco mais difícil a recuperação e que o parto normal é o mais adequado, que a dor é momentânea e depois passa (P14).

As vias de nascimento também representaram temática abordada nas relações interpessoais das participantes. Quatro delas afirmaram conversar sobre o assunto com o companheiro, seis com familiares e quatro com amigas. Aquelas que conversavam com o companheiro, justificaram ser um momento do casal, pois entendiam que o nascimento do filho

deveria ser uma escolha compartilhada. Aquelas que dialogavam com familiares e amigas, mencionaram que se sentiam mais seguras em compartilhar seus medos e dúvidas com pessoas com experiências prévias e/ou atuais.

Converso bastante com minha mãe e minha patroa, porque elas já têm filhos. A minha grande dúvida é sobre a dor. Então eu pergunto “ah é muito dolorido?”, “qual é a sensação?”. Mas elas falaram que cada corpo reage de uma forma, que assim como minha mãe sentiu dor, eu posso não sentir. Minha irmã diz que na hora da cesariana tu não sente nada, porque está anestesiada, mas que depois quando passa a anestesia tu começa a sentir a dor na barriga, e repuxar os pontos (P3).

Converso com a minha mãe e minha sogra, porque elas me ajudam. Converso que queria fazer uma cesariana, mas tenho que esperar, aí estamos vendo a possibilidade de fazer uma cesárea por fora, mas não tenho condições (P4).

Converso com meu esposo, porque ele estava no nascimento da nossa primeira filha e ele viu todo meu sofrimento, então ele me apoia na cesariana, diz que se tiver que pagar a gente dá um jeito (P5).

Meu marido perguntou se eu queria parto normal ou cesariana, eu disse pra ele que prefiro normal e ele disse que está ótimo, que é melhor pra mim, pra eu me recuperar melhor e cuidar do bebê. Eu falo com ele porque ele faz parte desse processo, é uma decisão nossa (P9).

Eu falo com a minha irmã gêmea, que também está grávida, porque nós duas estamos passando pela mesma coisa (P10).

Eu converso com a minha mãe, porque ela já teve os dois e ela diz que, se for para eu escolher, é para escolher parto normal, porque é menos complicado, se recupera melhor (P13).

“É muito relativo”: preferências e expectativas de gestantes sobre o nascimento do bebê

Dentre as 14 participantes, 10 afirmaram preferência pelo parto vaginal. Elas justificaram que essa via de nascimento permite a recuperação mais rápida e têm benefícios ligados ao bebê. As participantes que manifestaram preferência pela cesárea, explicaram que não queriam passar pela dor e sofrimento do trabalho de parto. Elas também relataram medo do parto.

Eu quero cesariana porque já sei como é e porque não tenho muita informação sobre o parto, então fico com medo. Vejo que, hoje, quem ganha de parto normal é quem tem doula, tem uma equipe que incentiva e traz informações para a gestante. Eu fico triste de saber que pelo SUS não tem ninguém para fazer isso (P6).

Eu estudei bastante sobre isso, para tomar as minhas decisões e eu tenho elas bem formadas na minha cabeça, mas eu não vou chegar na maternidade e ficar batendo o pé, eu só quero entender o que está acontecendo. Se o médico disser que preciso de uma cesariana por isso e aquilo, eu quero entender e saber se isso está certo. Mas eu pretendo chegar lá e falar que eu prefiro parto normal, que eu prefiro não ficar no soro com ocitocina, porque quero esperar evoluir naturalmente [...] eu só espero que o médico faça o certo por mim (P7).

Eu acho que o maior medo da mulher grávida nem é o parto, é sobre quem está ali fazendo o parto, para ver se está cuidando bem, principalmente pelo SUS, que não sabe quem vai ser a equipe médica, como vai ser tratada, se vão fazer alguma intervenção desnecessária [...] Eu gostaria que levassem em consideração meu critério, eu vou falar que quero tentar parto normal [...] vou falar porque acho que a nossa opinião de mãe vale um pouco. (P13).

Eu quero a cesárea, porque eu acho que seria menos dolorido (P3).

Verificou-se que, para algumas participantes, a escolha pela via de nascimento estava atrelada às vivências anteriores. Nesse sentido, duas delas mencionaram que desejavam a cesárea, pois, em gestações prévias, tiveram experiências traumáticas ligadas ao trabalho de parto e/ou parto. Uma gestante elencou ainda, a vantagem de escolher a data de nascimento do bebê.

Eu quero a cesariana. Porque eu sofri muito no parto da minha primeira filha e tenho medo de sofrer de novo. Na gravidez dela, eu queria muito o parto normal, mas não consegui porque não tive dilatação, e agora fico com receio de esperar. Também pretendo marcar a cesariana porque estou sozinha com minha filha na cidade, meu marido mora em outra cidade, então preciso saber da data do nascimento para que ele venha e fique comigo (P5).

Eu queria uma cesariana, porque eu estou cansada já, não quero aquela dor e sofrimento novamente, e por saber que meus filhos são grandes, então não quero que ele passe pelo mesmo sofrimento que a irmã. No meu primeiro parto, minha filha nasceu pesando 4495 g. O médico utilizou a ocitocina, pois eu não tinha contrações suficientes e também realizou a episiotomia. Foi muito traumático (P11).

As gestantes indicaram que o companheiro, os familiares e amigos sabiam sobre a sua preferência quanto à via de parto. Entretanto, apenas a metade delas conversou a respeito do assunto com os profissionais que as acompanhavam no pré-natal, pois alegaram que nunca foram questionadas ou abordaram o tema durante as consultas. Ademais, cinco gestantes

afirmaram que não iriam falar sobre o assunto com os profissionais de saúde, pois, como seriam internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), elas consideraram que sua vontade não interferiria no desfecho.

Não falei porque quando vou nas consultas de pré-natal é bem rapidinho, elas não tem tempo para sentar e conversar, só veem meus exames e fim (P13).

Não falei ainda porque elas nunca perguntaram sobre isso (P7).

Vou esperar pra ver o que eles me mandam fazer. Porque pelo SUS não adianta eu falar o que quero (P1).

Na hora que eu for ganhar meu bebê, se não for o médico que faz meu pré-natal que está de plantão, não vai ser ele que vai fazer meu parto, então fica nesse impasse, porque eu dependo dos outros, é assim que funciona no SUS (P4).

É muito relativo, como é pelo SUS, se eu chegar lá agora e disser que quero uma cesariana e eles não quiserem, eu sei que não vão fazer (P11).

Acho que pelo SUS a gente não tem muita opção sobre isso, os médicos que escolhem e depende muito de quem vai estar no plantão (P13).

Pelo SUS depende muito de quem for o médico, porque eu sei que eles dão preferência para quem está pagando, então se eu falar ou não, não vai mudar (P14).

Experiências de mulheres sobre o parto e a cesárea: escolha ou imposição?

Na segunda etapa da pesquisa, verificou-se que das dez gestantes que tinham preferência pelo parto vaginal, cinco passaram por essa via de nascimento e cinco pela cesárea. Já entre as quatro participantes que preferiam a cesárea, uma teve parto vaginal e as demais cesárea. Observa-se que todas mulheres que tinham uma cesariana prévia à gestação atual, tiveram seus bebês pela via cirúrgica.

Os nascimentos ocorreram entre 36 semanas e três dias e 41 semanas e cinco dias. Duas crianças nasceram pré-termo, ambas de parto vaginal. Cinco nasceram após 40 semanas, sendo que destas, três nasceram por cesárea e duas por parto vaginal. As demais nasceram a termo, entre 37 semanas e 40 semanas completas. Três puérperas relataram que não entraram em trabalho de parto. Entre as 11 participantes que entraram em trabalho de parto, o tempo de duração variou entre duas e 18 horas, das quais cinco tiveram o nascimento por via cirúrgica como desfecho.

Apenas duas gestantes realizavam as consultas pré-natais tanto na rede privada quanto no sistema público, sendo que uma delas utilizou o sistema privado para internação. As gestantes, que dispunham apenas do SUS como plano de saúde, não foram questionadas sobre

a via de nascimento de preferência. Todas as parturientes tiveram acompanhante de sua escolha, durante o nascimento do bebê.

Ninguém perguntou nada, só falaram que se precisasse ser cesárea fariam, mas como estava tudo indo bem era para ser parto normal (P2).

A médica que fez ultrassom quando eu cheguei na maternidade viu que ela estava de cabeça pra baixo, aí falou que ia ser parto normal mesmo. Ninguém perguntou o que eu preferia (P9).

Não, ninguém perguntou minha opinião. A doutora até ia esperar pelo parto normal, mas como viu o líquido com mecônio, me levou direto pra cesária (P4).

Ninguém me deu opção, até porque eu queria o parto normal, então se tivessem me dado a opção de tentar o parto eu teria tentado (P8).

A doutora do particular até me deu opção do parto normal, só que ela disse que não ia adiantar induzir o parto, porque ia passar da hora. Que a melhor opção seria a cesariana, e eu queria a cesárea então agendei mesmo sem entrar em trabalho de parto (P3).

Uma das participantes, que passou pela cesárea, relatou que foi ofendida por uma médica. Segundo ela, essa profissional a orientou a aguardar em casa até o início do trabalho de parto. Contudo, ela decidiu procurar o serviço, pois estava preocupada devido à falta de movimentação fetal. Essa participante também mencionou que foi realizada a manobra de Kristeller, durante a cesárea. Uma puérpera relatou que sentiu-se incomodada na hora do parto vaginal, com os puxos dirigidos feitos pelo médico e outra devido à insistência da médica plantonista em induzir o trabalho de parto.

Quando eu estava na sala de cesárea a doutora entrou lá, me viu e me xingou dizendo que ela tinha me falado pra esperar o parto normal em casa, que eu não tinha nada que estar fazendo uma cesariana. Quando eu estava no quarto depois da cesariana, ela entrou lá e foi debochada comigo novamente [...] Durante a cesariana o médico pediu para que o anestesista empurrasse minha barriga, me senti muito desconfortável (P14). O que mais me incomodou foi o puxo dirigido. Quando eu estava lá na maca e o doutor ficava falando pra eu fazer força, eu sabia os momentos de fazer força, não precisava que ele me falasse (P7).

A médica plantonista tentou me forçar a ter um parto normal, utilizando ocitocina, só que ela não perguntou se eu queria a indução. Naquele momento eu preferia a cesariana do que induzir o parto (P13).

As seis mulheres, que experienciaram o parto vaginal, não tiveram episiotomia e puderam movimentar-se durante o trabalho de parto, com exceção de uma participante, que foi aconselhada a permanecer em repouso no leito, devido ao trabalho de parto prematuro, com a finalidade de postergar o nascimento da criança. Nenhuma das participantes utilizou métodos não farmacológicos para alívio da dor. Todas foram orientadas a permanecer em posição ginecológica/litotômica no período expulsivo e não relataram qualquer complicação ou acontecimento diferente do esperado durante o processo. Quando questionadas sobre suas vivências e opiniões acerca do nascimento, os relatos de algumas participantes são apresentados a seguir.

As pessoas falaram muitas coisas desnecessárias sobre a dor do parto, que é horrível, que é um sofrimento gigantesco e eu só senti as contrações mesmo que doíam. Para ele nascer, eu não senti. Falaram também que era arriscado, que o meu bebê podia passar da hora, porque eu estava com quase 42 semanas de gestação, mas ele nasceu super bem, chorando (P2).

Toda mulher sabe parir e se ela tiver conhecimento sobre o processo, a experiência, que a maioria diz ser traumática, fica mais leve. Se eu pudesse entrar lá, com cada mulher e explicar o que iria acontecer, dizer para ela não ficar com medo, para não escutar as coisas ruins que os outros, falam porque isso é exceção, eu faria, porque as mulheres deveriam ter a oportunidade de conhecer o seu corpo e acreditar que podem parir [...] acho que a maior parte dos relatos que escutamos de coisas ruins sobre o parto são falta de informação, e isso é algo que o pré-natal pode ajudar mais, a informação vai ser o divisor de águas (P7).

O parto é maravilhoso. Meu primeiro parto foi sofrido, demorou demais, eu fiquei muito tempo no hospital e isso me deixou nervosa para o segundo parto. Por isso, antes eu queria que meu bebê nascesse de cesárea, mas agradeço por ele ter nascido de parto, me ajudou a superar os traumas passados. Foi um parto tranquilo. Acho que por eu ter ficado todo o processo em casa, ajudou a ser mais rápido e menos doloroso. Foi prazeroso parir meu filho (P11).

A cesariana é um procedimento benéfico, quando há necessidade. Eu acho que as pessoas tem que parar de romantizar a cesariana, dizendo que a mulher não sente dor, porque a gente sente dor e tem várias limitações depois de uma cesárea, além de todos os riscos, como ruptura dos pontos, pode trazer prejuízo, caso a mulher opte por engravidar novamente, além dos riscos para o bebê, principalmente, quando ela é eletiva (P8).

Dentre as participantes que tiveram cesárea, quatro mencionaram que a equipe indicou essa via de nascimento devido à falta de dilatação. Para as demais participantes, foram mencionadas as seguintes indicações: líquido amniótico com presença de mecônio, cesariana prévia e bebê macrossômico. Nesse último caso, o peso do bebê foi avaliado pela ultrassonografia obstétrica. Porém, ao nascer, a criança pesou 3375 gramas.

Uma das participantes, que estava sendo acompanhada por médico particular, optou por agendar previamente a cesárea, pois afirmou que tinha preferência por essa via de nascimento. Duas mulheres consideraram que a cesárea não era necessária e acreditavam que o médico plantonista poderia ter induzido o trabalho de parto, antes de indicar a cesariana. Cinco mulheres relataram complicações no pós-operatório, como: deiscência da sutura, vômito devido à anestesia, dor abdominal e uterina devido à manobra de Kristeller, retardo na descida do leite e queda de pressão arterial.

Não acho que a cesariana foi necessária, acredito que poderiam ter tentado induzir o parto antes, mas na hora eu só queria que ela nascesse bem [...] Eu achei que empurrar a barriga da mulher só acontecia no parto normal. Fiquei com bastante dor na barriga devido ao procedimento (P14).

Racionalmente eu acho que poderia ter esperado mais um pouco e se o médico tivesse utilizado ocitocina para induzir eu talvez tivesse ela de parto normal, mas emocionalmente eu estava exausta, então não sei se teria conseguido, aí a cesariana foi uma boa opção na hora [...] Quando eu estava em casa, 10 dias de pós-operatório, o corte da cesariana abriu um pouco, agora está cicatrizando, mas ficou aberta por uns dias a camada de fora da pele (P8).

O pós-operatório sim, foi bem ruim, eu tive bastante queda de pressão (P3).

Eu gostaria que alguém tivesse falado que o leite demora um pouco pra sair depois da cesariana, pois o meu demorou (P1).

Não sabia que eu podia ficar tão mal durante a cesárea e no pós-operatório, eu sentia um mal-estar, vomitei bastante, os pontos doíam quando eu vomitava (P4).

DISCUSSÃO

Observou-se que, embora a maioria das gestantes (n=13) tenham iniciado o pré-natal precocemente, nove participantes não receberam nenhum tipo de orientação sobre o parto e nascimento durante as consultas pré-natais. Dentre as participantes que receberam informações, percebe-se que estas mostraram-se superficiais, focadas, prioritariamente, na rápida recuperação da mulher após o parto vaginal por ser um processo menos invasivo e mais

saudável para a mãe e bebê. Porém, estas informações não incluíram pontos específicos sobre a fisiologia e etapas do trabalho de parto e parto.

Pondera-se que o pré-natal é um momento em que as mulheres devem ser preparadas para o processo de nascimento, recebendo orientações referentes aos aspectos fisiológicos, riscos e benefícios das vias de nascimento. Considera-se que essas orientações podem reduzir a ansiedade e o medo sobre essa vivência (SILVA; SILVA; MELO, 2019).

Essas informações podem ser abordadas ao longo do pré-natal, de forma a contribuir para que a mulher consiga assimilar gradualmente as orientações. Ao mesmo tempo, permite que elas possam indicar suas dúvidas e sejam esclarecidas, contribuindo para um maior empoderamento (PAULO *et al*, 2021). Todavia, verificou-se que essas condutas não foram adotadas pelos profissionais que acompanharam as participantes do estudo, durante o pré-natal.

Com isso, é preciso refletir que a formação dos profissionais que atendem na Atenção Primária à Saúde (APS) pode impactar na realização das orientações fornecidas no acompanhamento pré-natal. Nesse contexto, observa-se que, muitas vezes, os profissionais que atuam na APS têm formação generalista e nem sempre possuem conhecimento aprofundado na temática da saúde da mulher, principalmente em relação ao período gravídico-puerperal. Portanto, muitas informações relativas ao parto e nascimento podem ser abordadas de forma superficial, pois, geralmente, o foco está na avaliação gineco-obstétrica e na interpretação dos exames de rotina (GONÇALVES *et al*, 2017).

As participantes indicaram que o parto vaginal propicia a rápida recuperação do organismo materno. Elas também mencionaram que essa via de nascimento contribui para a respiração do bebê, aumenta a sua imunidade e colabora para o contato precoce entre mãe e filho.

Segundo a literatura, os benefícios do parto vaginal incluem a recuperação acelerada da mulher após o parto, com menores taxas de hemorragias, infecção puerperal e dor em comparação à cesárea. Ademais, o parto vaginal contribui para o menor tempo de internação hospitalar, menor índice de prematuridade e internação em Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTIN), uma vez que essa via de nascimento auxilia na adaptação fisiológica do recém-nascido, garantindo, também, melhor resposta imunológica e redução no desenvolvimento de alergias no futuro. As mulheres que vivenciam o parto também tendem a apresentar a ejeção de leite mais rápido, demonstrando mais facilidade na adesão e manutenção do aleitamento materno (GREGORY *et al*, 2012; COSTA *et al*, 2015; GAZINEU *et al*, 2018). Ainda cabe destacar que o parto vaginal gera menores custos ao sistema de saúde se comparada à cesárea (ENTRINGER *et al*, 2018; ENTRINGER; PINTO; GOMES, 2019).

Nesse sentido, uma das práticas citadas pelas participantes, durante a assistência obstétrica, envolveu a restrição hídrica e alimentar. Contudo, esta consiste em uma prática desaconselhada. O Ministério da Saúde recomenda que, durante o trabalho de parto e parto, devem ser oferecidos alimentos leves e líquidos à mulher, pois a privação destes pode acarretar em falta de energia e síncope (BRASIL, 2017).

A maior parte dos saberes das participantes sobre o parto estavam ligados aos riscos dessa via de nascimento. Elas mencionaram que o parto pode acarretar em problemas cardíacos, hemorragia e intervenções, como a episiotomia e manobra de Kristeller. Quanto à primeira associação, destaca-se que não há estudos que comprovem a associação entre o parto vaginal e o desenvolvimento de problemas cardíacos.

Autores afirmam que o parto vaginal pode implicar em risco de hemorragia, quando ocorrem intervenções, como a episiotomia, ou traumas vaginais. Em contrapartida, a cesárea pode implicar na necessidade de transfusões sanguíneas e de histerectomia, situações que podem acarretar em maior risco de hemorragia. Logo, reconhece-se a necessidade estudos, que associem o risco de hemorragia com a via de nascimento (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017). Ademais, para prevenção da hemorragia, o Ministério da Saúde indica a importância da conduta ativa no 3º período do trabalho de parto (BRASIL, 2017).

Quanto à episiotomia e a manobra de Kristeller, embora sejam desenvolvidas de forma rotineira em muitas instituições, elas consistem em intervenções contraindicadas. O Ministério da Saúde reforça que esses procedimentos não apresentam benefícios à saúde materno-infantil (BRASIL, 2017).

Ademais, as participantes também consideraram que o parto vaginal está associado ao maior risco de morte fetal. Contudo, é válido mencionar que o bem estar fetal deve ser avaliado durante todo processo de trabalho de parto e parto, com ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais, observando acelerações e desacelerações. Portanto, não existem evidências científicas que possam associar o parto vaginal ao risco de morte fetal, desde que o acompanhamento do bem-estar fetal seja desenvolvido de forma adequada durante o trabalho de parto e que, diante de alterações, sejam realizadas intervenções para evitar situações de sofrimento fetal e óbitos fetais intra uterinos (BRASIL, 2017).

As mulheres que demonstraram conhecimentos sobre as vias de nascimento, indicaram que os saberes eram oriundos de pessoas do ciclo familiar e/ou social. Porém, muitas destas informações mostraram-se equivocadas, especialmente aquelas relacionadas aos riscos do parto vaginal. Ademais, verificou-se que os conhecimentos das participantes associaram mais às intervenções contraindicadas na assistência ao parto do que ao parto propriamente dito.

Dessa forma, reconhece-se que essas pessoas podem exercer grande influência sobre as preferências e decisões das mulheres. Entretanto, é preciso considerar que, muitas vezes, os conhecimentos repassados pela rede de apoio nem sempre estão respaldados em evidências científicas, mas em credices populares (MARTINS *et al*, 2018). Logo, compreende-se que é necessário que os profissionais e serviços de saúde promovam a disseminação de informação, por meio de materiais educativos, bem como a partir dos grupos de gestantes com a participação da sociedade em geral, oportunizando debates sobre a temática e promovendo a autonomia das mulheres (MOURA *et al*, 2021).

Nessa perspectiva, pode-se constatar que a ausência de orientações ou informações equivocadas sobre o parto podem gerar medo na mulher, e este sentimento, por sua vez, é capaz de influenciar a sua preferência pela cesárea. O mesmo achado é apontado por outro estudo, o qual ressalta que, embora o parto vaginal seja a via de nascimento de primeira escolha, muitas mulheres ainda temem o parto e acreditam ser um sofrimento desnecessário tanto para a mulher quanto para o bebê (ARIK *et al*, 2019).

No estudo em tela, identificou-se que a maioria das gestantes, mesmo demonstrando pouco conhecimento sobre os benefícios do parto vaginal, tinha preferência por esta via por compreenderem que é um processo natural e fisiológico. Pesquisa também constatou que a maior parte das participantes demonstrou preferência pelo parto vaginal (LIMA; FREITAS, 2020).

Apesar da preferência pelo parto vaginal, manifestada na gestação, verificou-se que nem todas tiveram sua escolha atendida. Dessa forma, pondera-se que, em alguns casos, houve imposição médica sobre a via de nascimento, tal como aponta outro estudo, que indica que o discurso do obstetra reconduz as escolhas das gestantes sobre seus corpos (ESCOBAL *et al*, 2022).

No estudo em tela, a escolha pela cesárea ou pelo parto vaginal não foi uma decisão compartilhada entre os profissionais e as gestantes. As participantes também relataram que as suas preferências pela via de nascimento não eram valorizadas. Por este motivo, elas consideraram que não deveriam compartilhar seus desejos com os profissionais que as assistiram no nascimento. Com isso, muitas vezes, a mulher acaba delegando a decisão ao obstetra (ESCOBAL *et al*, 2022).

Também observou-se que, entre as participantes que mencionaram preferência pelo parto vaginal, o medo da dor era um aspecto recorrente nos depoimentos. Entretanto, vale lembrar que a dor do trabalho de parto varia para cada mulher, podendo ser influenciada por fatores fisiológicos, psicológicos, ambientais e culturais. Nesse sentido, sabe-se, por exemplo, que a

dor pode ser intensificada em situações em que a mulher apresenta ansiedade, insegurança, medo e desamparo. Outros fatores que podem exacerbar a sensação dolorosa envolvem o desconhecimento sobre a fisiologia do parto (PEREIRA *et al*, 2020) e a ausência de vínculo com a equipe (NICIDA *et al*, 2021).

Algumas mulheres relataram preferência pela cesárea, devido às experiências anteriores traumáticas durante o trabalho de parto e/ou parto. Elas associaram o parto ao sofrimento e à dor. Autores identificaram achados semelhantes e evidenciaram que a escolha pela cesárea, geralmente, está associada aos procedimentos realizados durante o parto de forma rotineira e sem evidências científicas que os justifiquem (NICIDA *et al*, 2021).

Os depoimentos das participantes revelam situações de violência obstétrica, incluindo a realização de intervenções e a assistência medicalizada, agressões verbais ou físicas, falta de estrutura para atendimento adequado à gestante, discriminação econômica, racial e sociocultural. Diante disso, infere-se que tanto a imposição médica sobre a via de nascimento, quanto às violências relatadas pelas mulheres, ocorrem devido ao modelo de atenção obstétrica vigente, no qual a mulher é considerada um ser submisso e inferior, que não tem poder sobre seu corpo.

Nesse contexto, os profissionais, em grande parte os médicos, utilizam das relações de poder, fundamentadas no saber biomédico, para impor suas vontades sobre os desejos das mulheres. Estas, por sua vez, se submetem sem resistência às decisões dos profissionais, seja pelo medo ou pelo desconhecimento (JARDIM; MODENA, 2018; ESCOBAL *et al*, 2022).

Outro aspecto evidenciado nos achados é que nenhuma das participantes sinalizou a utilização de métodos farmacológicos ou não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Reconhece-se que essas medidas aumentam o conforto, promovem o relaxamento, a tranquilidade e o autoconhecimento sobre o seu corpo, bem como restituem o protagonismo feminino (SANTOS; MOITA, 2016). Portanto, esses recursos são capazes de tornar a experiência mais humanizada e agradável para a mulher (ALVES *et al*, 2019; PEREIRA *et al*, 2020).

Além disso, é preciso salientar que os motivos apontados pelas participantes para a realização da cesárea não representam indicações reais. Com isso, é preciso reforçar que a realização da cesárea sem necessidade aumenta o risco de complicações para a saúde materno-infantil, podendo levar ao óbito materno e neonatal. Para a mulher, pode acarretar em risco de infecções, complicações anestésicas e complicações pulmonares, como a embolia pulmonar. Para o bebê, o principal risco está ligado à prematuridade e todos os seus impactos na saúde e desenvolvimento da criança (CAVALHEIRO, FARIA, LIMA, 2021). No presente estudo, as

participantes que passaram pela cesárea declararam que tiveram deiscência de sutura, êmese devido à reação aos anestésicos, dor pós-operatória, dificuldade na amamentação e oscilação da pressão arterial.

Nesse sentido, é preciso ponderar que, em situações de risco à vida da mãe e/ou feto, a cesárea representa um recurso fundamental. Além disso, ela pode e deve ser uma alternativa para as mulheres que demonstram preferência e desejo por essa via de nascimento. Contudo, é imprescindível que elas tenham acesso às informações sobre o procedimento, com destaque, também, para os riscos dessa intervenção.

O presente estudo não traz uma crítica à cesariana, mas desvela a falta de autonomia das mulheres quanto às escolhas relativas ao próprio corpo. Portanto, compreende-se que, na maioria das vezes, a escolha da via de nascimento é imposta às mulheres pelo profissional de saúde, principalmente, os médicos obstetras. Para mudar as relações assimétricas de poder entre profissionais e gestantes, é preciso investir em ações de saúde, que permitam às mulheres maior conhecimento sobre as vias de nascimento e os procedimentos desenvolvidos na assistência obstétrica, bem como orientá-las sobre a necessidade de rede de apoio, que auxilie-as a sustentar suas decisões frente aos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou identificar os conhecimentos das mulheres sobre os riscos e benefícios das vias de nascimento, bem como verificar as informações disseminadas, durante o pré-natal. Por meio dos relatos, pode-se observar que as mulheres não foram orientadas adequadamente sobre a temática e a maioria dos conhecimentos constituem saberes populares, associados, muitas vezes, à assistência precária e intervencionista dos profissionais de saúde. Tais informações são capazes de associar o parto vaginal à dor e ao sofrimento, ofuscando os benefícios dessa via de nascimento para o binômio mãe e filho.

Também constata-se que as mulheres demonstram preferência pelo vaginal, mas não têm autonomia para tomada de decisão. Ademais, percebe-se que não existem decisões compartilhadas entre profissionais e gestantes. O modelo hegemônico de atenção obstétrica estabelece posições diferenciadas para profissionais de saúde e gestantes. Elas mostram-se submissas e têm seus desejos colocados em segundo plano, enquanto que os profissionais de saúde conseguem exercer seu poder e impor suas vontades, sem resistências. Nesse contexto, as mulheres não conseguem expressar suas preferências, tampouco podem dialogar sobre o que consideram melhor para si e para seus bebês.

Pondera-se que a captação de gestantes com acesso à internet ou celulares pode representar uma limitação, pois não permitiu que outras mulheres pudessem ser ouvidas, o que poderia impactar nos achados encontrados. Ademais, destaca-se que não houve a captação de participantes de todas as ESF do município e que as participantes apresentavam nível elevado de escolaridade. Logo, compreende-se que estudos com outros públicos são necessários, a fim de ampliar e aprofundar a construção do conhecimento sobre o objeto de investigação.

Contudo, acredita-se que os achados revelam aspectos importantes sobre a assistência ao parto e nascimento ofertada no município em que ocorreu o estudo. Nesse sentido, considera-se que esses resultados podem contribuir para a reflexão dos profissionais da APS e do contexto hospitalar sobre as condutas adotadas e a necessidade de repensar o modelo de atenção à saúde da mulher, visando um atendimento mais humanizado e respeitoso. A educação em saúde emerge como estratégia fundamental para garantir o empoderamento das mulheres, permitindo-lhes decidir, com mais autonomia e conhecimento, sobre as experiências de gestar, parir e nascer.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.C. et al. Indicadores de assistência às vias de parto. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.12, n.6, p.1674-80, jun., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230890>> Acesso em: 27 Fev. 2021.

ALVES, T.C.M. *et al.* Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem**, [S.l.], v. 10, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2210> Acesso em: 03 Ago. 2022.

ARIK, R.M. *et al.* Percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 72, suppl. 3, p. 41-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6tQNtWXb9ZBQ6n4SQnxwjPr/?lang=en> Acesso em: 22 Jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF, 2020. Disponível em: Acesso em: 13 Abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal** – Versão Resumida. Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf> Acesso em: 23 Mar. 2022.

CARVALHO, S.S; CERQUEIRA, R.F.N. Influência do pré-natal na escolha do tipo de parto: revisão de literatura. **Revista de Atenção em Saúde**, v.18, n.63, p.120-128, 2020. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6315> Acesso em: 08 Mar. 2022.

CAVALHEIRO, E.A.M; FARIA, G; LIMA, M.K.D.G. Violência obstétrica: revisão de literatura. **Revista Artigos.Com**, [S.l.], v. 26, p. e6695, 2021. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/6695>> Acesso em: 07 Jul. 2022.

COSTA, M.N. *et al.* Parto: direito de escolha da mulher. **Revista Saber Digital**, [S.l.], v. 8, n. 1, p.146-163, 2017. Disponível em: <<https://revistas.faa.edu.br/SaberDigital/article/view/395>> Acesso em: 03 Ago. 2022.

ENTRINGER, A.P. *et al.* Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.l.], v. 45, 2021.DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.116> Acesso em: 25 Abr. 2022.

ENTRINGER, A.P; PINTO, M.F.T; GOMES, M.A.S.M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 24, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.06962017> Acesso em: 19 Jul. 2022.

ESCOBAL, A. P. L. *et al.* Relações de poder e saber na escolha pela cesárea: perspectiva de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 75, n. 2, e20201389, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/rBtcTFFfjgzvZXmBypGZcMK/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 03 Ago. 2022.

GAZINEU, R.C. *et al.* Benefícios do parto normal para a qualidade de vida do binômio mãe-filho. **Revista Textura**, [S.l.], v. 12, n. 20, p. 121-129, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22479/desenreg2018v12n20p121-129> Acesso em: 03 Ago. 2022.

GONÇALVES, M.F. *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.l.], v. 38, n.3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063> Acesso em: 03 Ago. 2022.

GREGORY, K.D. *et al.* Cesarean versus vaginal delivery: Whose risks? Whose benefits? **American Journal of Perinatology**, [S.l.], v. 29, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1285829>> Acesso em: 20 Jul. 2022.

JARDIM, D.M.B; MODENA, C.M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 26, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069> Acesso em: 05 Jul. 2022.

KOTTWITZ, F; GOUVEIA, H.G; GONÇALVES, A.C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, RJ, v.22, n.1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0013.pdf> Acesso em: 27 Fev. 2022.

LIMA, B; FREITAS, E.A.M. A escolha da via de parto: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S.l.], v. 8, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4496> Acesso em: 04 Jun. 2022.

MARTINS, A.P.C. *et al.* Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.l.], v. 32, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25025>> Acesso em: 24 Mar. 2022.

MASCARELLO, K.C; HORTA, B.L; SILVEIRA, M.F. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 105, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000389.pdf> Acesso em: 28 Fev. 2022.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v.5, n.7, p.01-12, abr., 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>> Acesso em: 26 mar. 2021.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a.ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2014.

MOURA, A.M.F. *et al.* Educação em saúde com gestantes em uma Unidade Básica de Saúde sobre trabalho de parto. In: **II Congresso Nacional de Inovações em Saúde (CONAIS)** - Fortaleza - Ceará, 2021. Disponível em: <<https://www.doity.com.br/anais/conais/trabalho/198383>>. Acesso em: 03 Ago. 2022.

NICIDA, L.R.A. *et al.* Violência obstétrica: a percepção das mulheres a partir da vivência do parto. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n.5, p. 44325-44345, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n5-044> Acesso em: 10 Jul. 2022.

PAULO, F.G.G.N. *et al.* Atuação do enfermeiro no preparo para o parto normal e nascimento no contexto da atenção básica: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S.l.], v.10, n. 10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.aget> Acesso em: 03 Ago. 2022.

PEREIRA, A.C.C. *et al.* Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4448.2020> Acesso em: 06 Jun. 2022.

PEREIRA, A.C.C. *et al.* Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4448.2020> Acesso em: 20 Jul. 2022.

RISCADO, L. C; JANNOTTI, C. B; BARBOSA, R.H.S. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto e Contexto – Enfermagem Online.**, v.25, n.1, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/f9Cr3bm5ySPMNGvWZTr4fVs/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 27 Fev. 2022.

SANTOS, A.C.S; MOITA, C.E. A importância dos métodos não farmacológicos utilizados no alívio da dor no parto normal. **Revista de Trabalhos Acadêmicos – Universo Salvador**, [S.l.], v. 2, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1UNIVERSOSALVADOR2&page=article&op=view&path%5B%5D=5681>> Acesso em: 07 Jun. 2022.

SILVA, M.M.J; SILVA, S.C.B; MELO, G.A. Autonomia na escolha do tipo de parto. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, [S.l.], v. 21, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.aget> Acesso em: 31 Jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO statement on caesarean section rates**. Geneva: WHO. 2015. (WHO/RHR/15.02) Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf> Acesso em: 28 Fev. 2022.