



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

NATHÁLIA FERNANDA FERNANDES DA ROCHA

A ESCOLHA DA VIA DE PARTO E A AUTONOMIA DAS MULHERES NO CONTEXTO
MEDICALIZADO DA OBSTETRÍCIA NO BRASIL:
uma revisão integrativa

Rio de Janeiro

2019

NATHÁLIA FERNANDA FERNANDES DA ROCHA

A ESCOLHA DA VIA DE PARTO E A AUTONOMIA DAS MULHERES NO CONTEXTO
MEDICALIZADO DA OBSTETRÍCIA NO BRASIL:
uma revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Jaqueline Teresinha Ferreira

Rio de Janeiro

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

NATHÁLIA FERNANDA FERNANDES DA ROCHA

**A ESCOLHA DA VIA DE PARTO E A AUTONOMIA DAS MULHERES NO CONTEXTO
MEDICALIZADO DA OBSTETRÍCIA NO BRASIL:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 11 de fevereiro de 2019.

Prof^ª Dr^ª Jaqueline Teresinha Ferreira (Orientador)
IESC/UFRJ

Prof^ª Dr^ª Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir
IESC/UFRJ

Prof^ª Dr^ª Elaine Reis Brandão
IESC/UFRJ

MsC Roberto José Gervásio Unger
IESC/UFRJ

Dedico este trabalho aos meus pais, Elieze e
Márcia, com muito amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, acima de tudo, pela força de todos os dias, pela capacidade de aprendizado e resiliência adquirida ao longo da minha vida;

Aos meus pais, por todo esforço, amor e apoio, que possibilitou todas as minhas conquistas pessoais e profissionais até hoje;

Às minhas amigas, que compartilharam desse momento comigo, me incentivando e me fazendo lembrar do meu potencial, e acima de tudo, compreendendo minha ausência por um longo período;

À Caroline Diniz, minha amiga, vizinha, companheira na Saúde Coletiva, na vida e na luta pelos direitos das mulheres, que tanto me ajudou e me apoiou em todos os momentos;

À minha orientadora, prof^a Jaqueline Ferreira, que aceitou me acompanhar nesta trajetória, e me proporcionou, através da paciência, acolhimento e grande conhecimento, um olhar para novos horizontes, novas experiências, e me fez sentir capaz de realizar este trabalho, apesar da correria do dia a dia. Muito obrigada pela compreensão e por ressignificar minha experiência na universidade;

Ao Roberto, por todas as palavras de incentivo e disponibilidade inigualável, sempre receptivo e com muito a ensinar, me possibilitou concretizar o que antes eram pensamentos soltos (e me mostrar como se faz isso). Obrigada pela paciência e compreensão de sempre;

À equipe de enfermagem obstétrica do CPN, do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, grandes amigas que levarei para sempre, e que me ensinaram muito além da técnica. De vocês levo muito amor, gratidão, admiração e saudade;

Ao coletivo de doulas AMARTE, no qual faço parte, pela troca e companheirismo na luta pelos direitos de parir e nascer com dignidade;

À todas as mulheres que passaram e ainda passarão pela minha vida, levo de cada uma sorrisos, lágrimas, experiências, significados, aprendizado e sororidade.

E Deus me fez mulher,
Com pregas
e suaves profundidades
e me cavou por dentro,
me fez oficina de seres humanos.
Teceu delicadamente meus nervos
E balanceou com cuidado o número de meus hormônios.
Compôs meu sangue
e me injetou
para que irrigasse todo meu corpo;
nasceram assim as ideias,
os sonhos,
o instinto.
Tudo o que criou suavemente
A marteladas de sopros
e as perfurações de amor,
as mil e uma coisas que me fazem mulher todos os dias
pelas quais me levanto orgulhosa
todas as manhãs
e bendigo o meu sexo.

Nicarágua - Manágua, 1948.

RESUMO

ROCHA, Nathália Fernanda Fernandes da. **A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no contexto medicalizado da obstetrícia no Brasil**: uma revisão integrativa. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O trabalho apresenta alguns determinantes que envolvem a escolha da via de parto no Brasil, a partir do contexto de medicalização da saúde. É uma revisão integrativa, com abordagem qualitativa, na qual 15 documentos foram selecionados e analisados de acordo com a metodologia escolhida. Discute-se, brevemente, o contexto histórico e a transição da assistência ao parto no Brasil, escolha da via de parto sob a perspectiva do direito à autonomia das mulheres e a prevalência da cirurgia cesariana neste contexto, especialmente no setor privado. O estudo revelou três categorias de análise: relação assimétrica entre os profissionais de saúde e a paciente, o perfil socioeconômico das mulheres inseridas no atendimento público e privado e a cultura do risco obstétrico. Apesar de conhecerem suas preferências em relação à via de parto, as mulheres não se sentem participativas ou respeitadas na decisão. Discute-se os fatores sociais, culturais e econômicos que influenciam na preferência dos médicos e usuárias quanto ao parto normal ou cesariana, considerando fatores como medo da dor, falta de informação, violência obstétrica e acesso aos serviços como determinantes do contexto. Nesse sentido, é fundamental a elaboração de medidas que garantam o direito da mulher quanto a participação na escolha da via de parto, possibilitando a escolha informada e resgatando a autonomia das mulheres em seu processo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Parto. Obstetrícia. Cesárea. Trabalho de Parto. Medicalização. Saúde da Mulher.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da revisão integrativa.....	33
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
CPN	Centros de Parto Normal
DPP	Data Provável de Parto
EO	Enfermeira Obstétrica
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DOS CENÁRIOS DE PARTO: DO RESGATE DO ANTIGO À CRIAÇÃO DO NOVO	18
2.2 A ESCOLHA DA VIA DE PARTO EM UM CONTEXTO MEDICALIZADO DA ASSISTÊNCIA.....	21
2.3 A CESARIANA	24
2.4 AUTONOMIA E ESCOLHA INFORMADA	28
2.5 OBJETIVOS	32
2.5.1 Objetivo geral	32
2.5.2 Objetivo específico	32
3 METODOLOGIA	33
4 RESULTADOS	36
4.1 RELAÇÃO ASSIMÉTRICA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTANTES	36
4.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MULHERES INSERIDAS NO ATENDIMENTO PÚBLICO E PRIVADO	43
4.3 A CULTURA DO RISCO OBSTÉTRICO	47
4.3.1 Medo da dor	47
4.3.2 Medo de sofrer violência obstétrica	49
4.3.3 A cesariana e a falta de informação	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE	62

APRESENTAÇÃO

Lembro-me do meu primeiro contato com a maternidade em si, durante o estágio no curso técnico de enfermagem em 2011, no Hospital Estadual Albert Schweitzer em Realengo, no Rio de Janeiro (RJ), e não foi exatamente a experiência clássica de ver a mulher ajudando seu filho a vir ao mundo.

Ao entrar na ala da maternidade, nós, alunos, estávamos procurando alguma atividade para fazer, pois naquele dia não havia muitas mulheres internadas, e logo escuto de longe uma pessoa chamando por alguém. Quando me aproximei, vi que era uma jovem de aproximadamente 17 anos, curiosamente da mesma idade que eu na época, dentro de uma sala que mais parecia um consultório do que uma enfermaria. Ela me perguntou se poderia beber água, pois já estava ali há muito tempo e não havia feito refeição nenhuma naquele dia ainda. Logo busquei a equipe para perguntar se poderia oferecer a água a ela, já que não sabia se a mesma estava aguardando para fazer algum procedimento que precisasse ficar em jejum. Ninguém soube me responder. Naquele momento eu não soube diferenciar se estavam me ignorando por ser uma estagiária ou se estavam ignorando a existência dessa paciente, já que não sabiam nem informar direito o nome dela e seu quadro clínico, sendo assim resolvi levar a água e ficar com ela.

Durante nossa conversa, a mesma havia me dito que estava gestante, porém havia perdido o bebê, e estava ali aguardando a conduta para “resolver” isso. Nesse momento, olhando as paredes cor de rosa e imagens de bebês brancos aparentemente saudáveis, me dei conta de que aquele era um espaço múltiplo, ocupado também por mulheres que não estavam vivendo experiências felizes como teoricamente imaginamos, e me imaginei no lugar dela, se eu estaria confortável nas condições que ela estava. Será que alguém sabe realmente como cuidar dessas mulheres?

Com pouco tempo de conversa, ela me relatou dor e eu saí para chamar alguém da equipe que pudesse ajudá-la. Mandaram-me dizer a ela que não tinha o que fazer e era só esperar. Esperamos juntas, tentando distraí-la e ao mesmo tempo entendê-la. Até que as dores se intensificaram muito e ela estava sentindo uma pressão como se fosse sair algo da vagina. Eu corri para chamar novamente alguém, só que dessa vez entraram aproximadamente 20 pessoas naquele micro consultório, dentre esses, o médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem e uma turma de estudantes jovens e curiosos, de ambos os sexos, com bloquinhos de papel na mão e caneta, e claro, a professora deles. E eu fiquei no corredor

olhando todo mundo entrar na sala, quando ouvi a professora falando bem alto “Vem, vem ver o aborto!”.

Quando percebi o que estava acontecendo, entrei na sala de novo e insisti até conseguir voltar ao lugar que eu estava, que era ao lado dela. E então, eu presenciei a primeira cena de violência obstétrica da minha vida, sem saber ao certo que aquilo se configurava como tal. Assim que o feto foi expelido, o médico sacudiu o feto em cima da garota, para que ela visse “o que ela fez”, e gritou “Não olha pro lado não, sua imunda! Olha bem pro que você fez! Olha pra ele pra você pensar bem na próxima vez que for abrir as pernas!”. Ela, que já estava chorosa há horas, começou a chorar desesperadamente e eu, completamente chocada com aquela situação a ponto de não conseguir falar uma palavra, a abracei e continuei segurando sua mão. Imediatamente após aquilo acontecer, a enfermeira começou a conversar como o médico sobre o carro que ele comprou, e os dois aos risos, conversaram sobre a vida, viagens, televisão, jogaram o feto em um recipiente metálico e deram para a técnica de enfermagem pesá-lo, enquanto aquela turma de alunos cochichavam e faziam sons de julgamento e surpresa, até de teor religioso.

Enquanto observavam o sangramento dela, agressivamente gritavam com ela para não fechar as pernas, mesmo quando ela relatava sentir muita dor aos toques, porém foi dito somente que ela teria que aguentar. Após o “procedimento”, todos saíram da sala e novamente só sobramos nós duas, chorando, sem saber como lidar emocionalmente com aquela situação.

Naquele momento eu tive o segundo choque de realidade do dia, ao entender a complexidade do aborto provocado, e como isso se insere na prática. Questionei-me por um minuto o motivo dela não ter me contado a verdade, e logo entendi que ela não poderia! É uma prática ilegal, eu lembrei. Mas imagina você estar passando por essa situação, em um lugar onde a instituição já não está te oferecendo o cuidado que você precisa, e ainda por cima você estar errada por ter cometido um crime, e sem ninguém com você para te apoiar, já que ela estava sem acompanhante?

Temí por ela, assim como temo até hoje por milhares de mulheres. A Pesquisa Nacional de Aborto de 2010 (PNA 2010) demonstrou que, aos 40 anos, aproximadamente uma em cada cinco mulheres alfabetizadas nas áreas urbanas do Brasil já fez pelo menos um aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010)

E quando me dei conta, eu estava tão horrorizada que percebi que ela estava tentando me consolar. Outro absurdo, e outra percepção: a força que as mulheres têm (ou são obrigadas a ter). Ela me agradeceu, e eu pedi licença e procurei meu professor para falar o que aconteceu e saber o que poderíamos fazer a respeito, porque mesmo sem entender, eu sabia

que aquilo estava errado. Resumo da história: fui suspensa por um dia por causar “tumulto” no serviço. Voltei para casa aos prantos, e assim fiquei até a hora de dormir. Eu não conseguia parar de pensar que poderia ser eu, e me perguntava como as outras pessoas também não tinham essa sensação.

Hoje analiso essa experiência traumática considerando diversos determinantes nos quais meus olhos e sentidos não eram voltados ainda. Quais são os fatores que podem ter influenciado de fato esse ocorrido? Que influência teria nesse enredo o fato da mulher ser uma adolescente negra periférica? E que peso teria as relações de poder e de gênero entre esses profissionais responsáveis pelo cuidado? Que proteção legal teria essa usuária dos serviços de saúde, e quem eram responsáveis por assegurá-la de seus direitos para que sua experiência fosse diferente, já que a mesma era menor de idade e encontrava-se sem acompanhante?

Não retornei àquela maternidade, porém na semana seguinte começamos o estágio no Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, em Madureira, zona norte do RJ. Ao entrar no Centro Obstétrico, novamente cor de rosa e dessa vez sem fotos de bebês nas paredes, entendi a dinâmica do pré-parto: mulheres lado a lado, separadas por cortinas, gritando em conjunto como se fosse um coro. Na mesma hora pensei que eu nunca teria filhos na vida. Quando alguma mulher gritasse “Está saindo!!” a equipe levantava do posto de enfermagem, corria até ela e levava a mesma para a sala de parto. E desse jeito, pude observar pela primeira vez um parto normal.

Quando você pensa em parto normal, você imagina que seu decorrer são coisas normais, pela lógica. Seu manejo e desfecho, naturais ao fisiológico e ao social. Então, seria normal amarrar a mulher na maca, completamente deitada e imóvel, apertar a barriga da mulher com tanta força até que a mesma fique sem fôlego para gritar, cortá-la, brigar com a mulher o tempo todo porque a mesma está fazendo barulho ou está se contorcendo, puxar a placenta pelo cordão para dequitar, entre outras coisas. Pensei que não teria como alguém ter vontade de passar por aquela situação, que esse amor materno realmente deve ser a maior coisa do mundo.

Sem saber definir novamente, eu sabia que tinha alguma coisa errada naquela forma de “cuidado”. Eu não conseguia me imaginar reproduzindo aquilo, e muito menos recebendo aquele tipo de tratamento. Percebi que aquilo se tornou uma questão tanto da minha vida pessoal como profissional.

Logo, devido a essa inconformação e necessidade de entender melhor esse campo, pude entender o significado e importância do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e descobrir o nome do que tanto me incomodou: a violência obstétrica.

Desde então, durante a graduação em Saúde Coletiva, busquei estudar cada vez mais sobre o assunto e entender a relevância disso como uma questão de Saúde Pública, e em 2013, quando comecei a trabalhar na Maternidade Escola da UFRJ, pude enxergar muito de perto a magnitude do problema. De fato, parir e nascer não são processos “naturais” nem meramente fisiológicos para todas as mulheres. São eventos sociais e culturais complexos, que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais e organizações, com poderes e legitimidades diferenciados (MAIA, 2008).

Colocar em prática tudo que eu acreditava, até então, era somente um sonho, porém em 2016 tive a oportunidade de trabalhar em um Centro de Parto Normal (CPN) no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, localizado em Bangu (RJ), no qual os atendimentos aos partos de risco habitual são atendidos por enfermeiras(os) obstétricas(os) (EOs). Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) vem implantando a assistência de enfermagem no pré-parto e parto a fim de reformular a assistência ao parto, com estímulo de práticas com o mínimo de intervenção; realização de cuidadoso acompanhamento do trabalho de parto; integração da equipe e estímulo da presença de acompanhante no pré-parto e parto (ANGULO-TESTA *et al.*, 2003).

Acompanhei muitos partos normais durante quase dois anos, com EOs e com médicos obstetras, todos únicos e especiais. Pude ver mulheres parindo com liberdade e apoio, chorei em muitos momentos, porém na maioria das vezes era de alegria. O parto se ressignificou para mim, e não porque eu presenciava partos livres de dor, pelo contrário; porém a dor e medo não eram protagonistas, e sim a mulher, a família e o ser que eles esperavam. Entendi que dor e sofrimento eram coisas distintas. Ainda era possível observar violência obstétrica em alguns momentos, porém o comprometimento da equipe com a humanização do parto e nascimento ultrapassava a questão técnica, e se tornava uma forma de cuidado integral.

Aprendi muito, percebi que ainda há muito que mudar, desenvolvi novos questionamentos, vi que é possível oferecer cuidado digno à população mesmo sem condições de trabalho perfeitas, pois tratando-se do setor público sucateado e momento político conflitante em que vivemos, salários atrasados e a grande demanda de leitos, em muitos momentos faltavam recursos, porém isso não impedia que as mulheres fossem cuidadas com dignidade e respeito. Reconheci que a mudança das práticas de parto requer, não somente um corpo técnico-assistencial capacitado, mas também representação política, educação em saúde, movimentos sociais e integração de todas as esferas da sociedade.

Diante desse cenário, como garantir que a voz das mulheres seja ouvida? Como deve funcionar a dinâmica social do parto? Como desconstruir o modelo intervencionista vigente? Quais fatores envolvem essa realidade obstétrica brasileira?

Acredito na importância da pesquisa científica nesse campo para registrar, investigar e visibilizar, e assim nortear a capacitação profissional sob esta ótica de evidência. Sigo por este caminho, na teoria e na prática, para que a demanda de um parto seguro e respeitoso contribua para a mudança do modelo de atenção ao parto no Brasil.

1 INTRODUÇÃO

O cenário da assistência ao parto no Brasil tem sido marcado pelo modelo tecnocrático-hospitalar em detrimento de valores éticos (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013), no qual é possível observar a mudança de espaço e significado do parto, deixando de ser um evento familiar que ocorria nas residências para se tornar um evento hospitalar, passando das mãos das parteiras para os médicos, da perspectiva natural para a medicalizada (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

As práticas de parto no contexto brasileiro têm sido pauta importante nas discussões sobre saúde há pelo menos 30 anos, pelo seu caráter complexo e relevante para a saúde pública, devido à magnitude da mortalidade materna e neonatal e uso indiscriminado de tecnologias na assistência (PATAH; MALIK, 2011). O impacto psicossocial do cuidado obstétrico oferecido também é de grande relevância, por isso faz-se importante investigar a satisfação das mulheres quanto à experiência de parir.

Nas propostas de reformulação do cenário, busca-se não somente a retomada desse modelo anterior, mas a implantação de um novo modelo, que una o cuidado centrado na mulher e o uso das tecnologias disponíveis quando se faz necessário, porém de forma menos intervencionista e mais humanizada. Tal mudança requer o desenvolvimento de políticas públicas capazes de transformar essa realidade, além do envolvimento social ativo.

A demanda pela reformulação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher é observada desde meados da década de 1980, através da mobilização de movimentos feministas e outros setores da sociedade civil, que questionavam as condições precárias das políticas de saúde, que contemplavam somente as necessidades de saúde da mulher como ser reprodutor e mãe, desconsiderando outros aspectos relevantes, como os direitos sexuais e reprodutivos, entre outros.

Um marco na mudança do cuidado à saúde da mulher no Brasil aconteceu em 1983, com a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que consiste em um modelo de assistência baseado nos princípios de equidade e integralidade, que abrange as mulheres nas mais diversas áreas e em todos os seus ciclos vitais.

Diante deste contexto e objetivando avançar na melhoria das políticas, em 2004, as questões de saúde da mulher deixaram de ser um Programa de Governo e passaram a ser norteadas através de uma política de Estado, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), baseada nas Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2004). O objetivo é promover a assistência humanizada à saúde, com base

Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000, apresentando como meta o atendimento humanizado e integral à gestante nos serviços públicos de saúde, visando qualificar o cuidado e diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2004).

A questão da mortalidade materna¹ é um grave problema de saúde pública, e sua redução consiste em uma prioridade mundial, sendo predominante em países em desenvolvimento, como no caso do Brasil (LAURENTI *et al.*, 2008). As estatísticas sobre a mortalidade materna configuram-se em um importante indicador de saúde da população feminina e expressa a influência de determinantes sociais como renda, escolaridade, cor da pele, acesso ao serviço de saúde, estado civil, entre outros (RONSMANS; GRAHAM, 2006). É importante ressaltar a vulnerabilidade da população expostas a esses determinantes e a subnotificação dos casos de óbito materno como desafios para a mudança desse cenário (PARPINELLI *et al.*, 2000; VIANA *et al.*, 2011).

De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), aproximadamente 150 milhões de gestações ocorrem por ano e 75 milhões delas não são planejadas; dentre essas, metade resultarão na prática do aborto. Entre os abortamentos, 50% são abortos inseguros, o que corresponde a 68 mil mortes anuais, respondendo por aproximadamente 10% das mortes maternas, reafirmando que o papel da atenção básica no planejamento familiar é de extrema importância para a redução da mortalidade (SEROUR, 2006).

É de conhecimento científico que a maior parte dos óbitos maternos é por causas evitáveis, através da adoção de medidas preventivas antes, durante e após o parto, sendo o pré-natal e a disponibilidade de recursos para lidar com as emergências obstétricas são ferramentas para garantir essa postura preventiva (BRASIL, 2007).

Na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), nos anos 2000, foram adotadas medidas que configuram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), considerando redução da mortalidade materna mundial em 75% até 2015 como um dos oito objetivos (WHO, 2014). O Brasil não alcançou a meta da redução da mortalidade

¹ A mortalidade materna é caracterizada pelo óbito de mulheres em idade fértil devido a causas diretas e indiretas relacionadas à gestação, parto e puerpério. O Brasil considera a categoria de mulheres em idade fértil entre 10 e 49 anos (LAURENTI *et al.*, 2000). Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), define morte materna como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. Esta definição é aceita pelas associações de ginecologia e obstetrícia, internacionais e nacionais, entre elas, a International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

materna, porém essa questão permanecerá na agenda global, sendo renovado o compromisso dos países nos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no prazo de 2016 a 2030, que preza pela diminuição das desigualdades e melhora da atenção obstétrica nos países com o intuito de reduzir os óbitos maternos e neonatais, considerando as mudanças no perfil da população obstétrica, incluindo a redução da fecundidade, o envelhecimento, a excessiva medicalização e o aumento das doenças crônico-degenerativas (SOUZA, 2013).

O modelo obstétrico brasileiro vigente, caracterizado pelas altas taxas de cesarianas e intervenções no parto, causa impacto direto nas taxas de óbito materno e neonatal, além de impulsionar um movimento de desinstitucionalização do parto entre grupos de mulheres (SOUZA, 2015). Tal demanda reflete a falta de confiança nos serviços de saúde e necessidade de mudança estrutural, justificando o aumento de mulheres em busca de partos domiciliares ou instituições que respeitem o modelo de Humanização do Parto e Nascimento proposto pelo Ministério da Saúde.

A busca pela decisão sobre as próprias questões de corpo e sexualidade é pauta do movimento feminista há décadas, e a escolha da via de parto é um dos pilares da discussão. O papel da mulher como agente de mudanças e transformações sociais é de inegável importância (SEN, 2000, p. 220-221), logo é dever do Estado e da sociedade promover condições adequadas para atender tais demandas. O fenômeno característico de intensa medicalização do processo do nascimento, resultado do desenvolvimento tecnológico, mas com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, é definido por Diniz (2009) como paradoxo perinatal brasileiro.

Estudos de diversas metodologias apontam a insatisfação de mulheres acerca desse assunto (MACEDO; ARRAES, 2013; LEITÃO, 2010; WEIDLE *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015; HOTIMSKY *et al.*, 2002; LEÃO *et al.*, 2013, entre outros), o que indica a relevância de tratar esta questão no âmbito acadêmico e assistencial e discutir os fatores que envolvem a escolha da via de parto das mulheres no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DOS CENÁRIOS DE PARTO: DO RESGATE DO ANTIGO À CRIAÇÃO DO NOVO

A história do parto na cultura ocidental caracteriza-se pela mudança de cenários e atores. Os métodos e costumes que envolvem o parto variam de acordo com o território, porém em todas as culturas, as mulheres, durante o trabalho de parto, sempre foram assistidas por outras mulheres, por se tratar de um evento da vida feminina, como por exemplo, as parteiras, a mãe da parturiente, amigas, vizinhas, familiares, posteriormente, no ambiente hospitalar, por um obstetra com formação médica, enfermeira e técnicas de enfermagem (HELMAN, 2003). Em algumas circunstâncias, o parto é esperado e visto com caráter de espetáculo, como no caso dos nascimentos nas famílias Reais (MALDONADO, 2002 *apud* VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

O parto, por ser um evento residencial e familiar, não era de interesse da medicina, e mesmo quando algum médico era acionado nos casos de intercorrências graves, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas (HELMAN, 2003). Muitas vezes, a interferência do médico nos partos difíceis era ineficaz, cabendo a ele normalmente o papel de retirar um feto vivo de sua mãe morta (DOMINGUES, 2002). A consolidação da presença do médico na cena do parto está associada à criação de um instrumental próprio, como o fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, tesouras, entre outros (MAIA, 2008), o que legitimava o conhecimento técnico-científico em detrimento do conhecimento empírico das parteiras, que utilizavam somente suas mãos para manobras e cuidados, caracterizando a medicina pós-Renascimento.

As parteiras, durante o período Medieval, se tornaram alvo de perseguição por parte da Igreja, sob a acusação de serem bruxas e feiticeiras e de terem relação direta com as práticas de aborto e infanticídio da época (ROHDEN, 2001). Com a influência do Iluminismo, o Estado por fim assumiu maior postura de controle e reafirmou o lugar inferior das parteiras, associando-as à sujeira e impureza (TORNQUIST, 2004). As parteiras também eram vistas como um confronto à sociedade devido sua forma de cuidar, ao oferecer conselhos e amenizar a dor do parto numa época em que se acreditava que a mulher deveria sofrer a expiação do pecado original (SPINK, 2013).

É importante salientar que, um dos reflexos dessa transição, é a perda de conhecimento sobre o corpo feminino e sobre o parto, uma vez que as parteiras dominavam

conhecimentos milenares, ao passo que a medicina, ao se apropriar das práticas de parto, incorreu em inúmeros equívocos, em muitos casos contribuindo para a elevação das taxas de mortalidade materna e neonatal, como o caso clássico da década de 1870, no qual ocorreu um aumento alarmante de mortes maternas em função da infecção puerperal entre as mulheres que pariram em hospitais (TORNQUIST, 2002).

A criação de hospitais específicos para a realização dos partos – as maternidades – foi um evento do final do século XIX, e objetivava criar tanto um espaço de ensino e prática da obstetrícia como um lugar onde as mulheres sentissem segurança para parir. Com a institucionalização do parto, houve o afastamento da família e da rede de apoio da mulher no processo do nascimento, pois a estrutura física e as rotinas hospitalares não foram planejadas para assistir as parturientes, e sim, para as necessidades dos profissionais de saúde (DINIZ, 2001).

O cenário do parto passa a ser moldado por ordens e normas de comportamentos que são definidos pela instituição (DINIZ, 2001). Com isso, o que acontecia no íntimo do lar passou a ser objeto de estudo e controle. O parto hospitalizado destitui a mulher de seus pertences, de privacidade, de liberdade de movimentação e do poder de decisão sobre como e onde será o parto e quem a acompanha durante esse processo, assim como é guiado por uma série de recursos e procedimentos que não são naturais (TORNQUIST, 2002).

Tal modelo se estende até os dias de hoje, caracterizando os locais onde as mulheres vivenciam o trabalho de parto como, em geral, coletivos e impessoais. Neles, a identidade da mulher, suas referências culturais e sociais sucumbem para que sobre ela atue o saber biomédico. A distribuição espacial interna das maternidades também caracteriza o modelo higienista de assistência ao parto.

A existência de um “pré-parto” anuncia que o parto taylorizado² estipulou etapas para este evento, as quais passam a ocorrer em ambientes distintos, sobretudo em espaços de preparação, de espera e espaços para o ato de parir (PASCHE *et al.*, 2014). Ainda se espera da mulher a obediência da divisão de espaços, de forma que a mesma controle os puxos (força de expulsão no momento da saída do bebê pelo canal vaginal) para que o parto somente aconteça na sala de parto e não em outro local (PASCHE *et al.*, 2014)

² Frederick Taylor foi o fundador da Administração Científica, na virada do século XX. Objetivou organizar o modo de trabalho nas fábricas de forma sistemática, para que pudesse produzir mais em menos tempo. Baseando-se na linha de produção, o taylorismo caracteriza a divisão por etapas da montagem, a priorização da redução do tempo para o aumento do lucro, a simples execução da tarefa pelo trabalhador, sem a necessidade de análise crítica do mesmo sobre o que está fazendo, pois para Taylor, esta cabe à gerência fazer. As críticas sobre este modelo de organização racional do trabalho consistem na robotização do trabalhador, no mecanicismo da abordagem, entre outras. O modelo da administração científica é presente em diversas áreas do mundo moderno, mas ao pensar na sua influência no campo da saúde, constata-se a oposição de pensamentos, uma vez que o cuidado humanizado não é compatível a esse modelo de trabalho.

A mulher, retirada do seu papel de protagonista, se torna frágil, se submetendo cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e a violenta (PASCHE *et al.*, 2014). O momento do parto e nascimento passa a ser visto como momento de dor, medo e ameaça à integridade da vida, sendo muitas vezes indesejado por elas. A cirurgia cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga deste “sofrimento”, de proteção da dignidade, já que como consequência dessas mudanças, o parto normal passa a ser considerado como degradante.

A cesárea, que antes não era considerada uma forma segura de nascer, e comumente utilizada para extrair o bebê após a morte da mãe, passou a ser aperfeiçoada e legitimada através das novas descobertas como a anestesia. Logo, realizar uma cirurgia cesariana em uma mulher sentindo as dores do parto passou a significar a oferta de um alívio a ela, que até então acreditava ser obrigada a parir com dor (NAKANO *et al.*, 2016).

Por outro lado, a cesárea é vista pelos profissionais de saúde, que se distanciam cada vez mais da arte de partear, como modelo conveniente, pois troca a imprevisibilidade do parto normal por um planejamento taylorista das cesáreas, de forma que é possível estimar tempo de duração e organização dos eventos (DINIZ, 2005). Uma das consequências deste modelo é a perda da capacidade dos profissionais se envolverem nesse momento, com a pulverização dos significados que o parto e nascimento tomam na construção da vida social, dando lugar ao que é prático, rápido e lucrativo. Essa é a expressiva realidade vivida até os dias de hoje.

Com o intuito de mudar novamente o cenário de parto vivido pela maioria das brasileiras, em 1998 o Ministério da Saúde oficializa a assistência ao parto pelo enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde (SUS), e criou em 1999 os Centros de Parto Normal (CPN), unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco pela enfermagem obstétrica, fora dos modelos hospitalares clássicos, ficando estes profissionais responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e bebês, investindo assim de forma importante na mudança de modelo de atenção ao parto (BRASIL, 1998).

Em 2000, é instituído o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) com objetivo de garantir um número mínimo de consultas no período pré-natal e uma qualidade do atendimento no momento do parto.

Em 2001, o Ministério da Saúde edita o manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (BRASIL, 2001) onde redefine o que considera humanização da assistência e defende a perspectiva de que as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia da mulher devem ser preservadas, em todos os momentos.

Outra conquista em prol da melhoria da assistência ao parto no Brasil, é Lei Federal nº 11.108, sancionada dia 07 de abril de 2005, garantindo às mulheres o direito a ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, no SUS (BRASIL 2005). Na mesma direção, em 2007 é sancionada a Lei nº 11.6346, que garante a toda gestante o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência (BRASIL, 2007). Ambas são leis que garante direitos das mulheres, para que se sintam seguras em parir nos serviços de saúde, na intenção de desconstruir os moldes higienistas.

Desinstitucionalizar não consiste, necessariamente, em uma mudança imediata de práticas; é uma mudança estrutural, de formação profissional e resgate cultural. Propor um modelo de assistência ao parto que se desloque da atenção tecnocrática para o cuidado humanizado exige uma mudança profunda do processo de trabalho e de gestão, que devem abandonar um conjunto de crenças e valores sobre os procedimentos que os orientam para criar lealdade a outro referencial de cuidado, que vise às necessidades das mulheres (MAIA, 2008).

2.2 A ESCOLHA DA VIA DE PARTO EM UM CONTEXTO MEDICALIZADO DA ASSISTÊNCIA

A medicalização do parto e nascimento, conforme descrita anteriormente, surge no contexto de resistência das mulheres que se recusavam a parir em enfermarias de hospitais e longe do seio familiar. Recorriam aos hospitais apenas as desprovidas de fortuna, já que as mulheres de alta posição social, por muito tempo, solicitavam o atendimento médico domiciliar (LEAL; VIACAVA, 2002). Observa-se então, não somente a passagem da assistência ao parto para as mãos dos médicos, como também a migração de cenário para o ambiente hospitalar. Tal mudança é cativada através da credibilidade, não pelo pensamento de que os médicos conheciam mais sobre o corpo feminino do que as parteiras, e sim pela invenção de instrumentos e técnicas cirúrgicas que tornaram o parto instrumentalizado mais atrativo.

Uma vez que o parto é ressignificado como algo pavoroso e perigoso, a obstetrícia moderna masculina oferece um alívio desse momento, como o uso de anestésicos, que promovem o “apagamento” dessa experiência (DINIZ, 2005). Neste contexto, a assistência ao parto com medicamentos analgésicos e amnésicos se tornou comum entre as mulheres da elite, que recorriam às maternidades-escolas para parir.

O conceito de maternidade é moldado sob novas perspectivas, no qual a institucionalização do parto facilita o controle dos corpos femininos, ao se considerar a medicina como *locus* privilegiado de controle social. Segundo Carneiro (2015, p. 50):

De certa maneira, nascia uma nova moral de corpo e de vida, uma transformação de imaginário social que já havia ocorrido na Europa do século XVIII, segundo a qual esse novo corpo deveria ser amado e cuidado em nome da reurbanização e da nacionalização. Os médicos se converteram gradualmente em confessores das famílias e principalmente das mulheres, que, a partir de então, se tornaram senhoras urbanas e dos sobrados, às quais cabia o cuidado e a boa educação dos filhos. Por esta razão, com o processo de transformação social, surge a noção de *mãe higiênica*, expressão cunhada em um texto de Rosseau em 1762, ou da *mãe natureza*, equiparada aos animais e às mulheres primitivas que agiam mediante o instinto materno. A figura da mãe torna-se central nos manuais de puericultura e de recomendações para uma vida matrimonial saudável da época.

Logo, a medicalização marca a mudança do paradigma, do parto religioso (na perspectiva da sacralidade, da dor no parto como consequência do pecado original e dos desfechos e intercorrências serem “de ordem divina” ou vontade de Deus) e leigo para o parto cirúrgico e hospitalar, e o controle estatal sobre a vida individual e coletiva se torna objeto principal de interesse.

A medicalização caracteriza-se pela assimilação da moral à medicina, ao propor soluções médicas para problemas morais, enquanto a promoção da saúde define a saúde como a nova moral, promovendo estilos de vida desejáveis segundo a ideologia ou moralidade da saúde (HENRIQUES, 2012). Desta forma, molda-se a sociedade controlando vícios, paixões, excessos, e no âmbito específico do cuidado à saúde da mulher, impera a construção social de gênero, “uma vez que a afirmação da medicina sobre o corpo da mulher assenta em bases mais amplas de dominância social dos valores masculinos sobre os valores femininos” (SANTOS, 2012).

Foucault (2002a), em seus escritos, discorre sobre como o controle da vida pelo Estado se dá a partir da normatização do biológico, associando os conceitos de biopoder³ e biopolítica⁴ como a base da produção de saúde e de doença, sendo o parto e o nascimento objetos desse controle, já que a sexualidade pode ser considerada como um dos grandes pontos de encontro entre o biopoder e a biopolítica, à medida que se soma o corpo individual ao corpo da população.

³ Ampla concepção defendido por Foucault em seus escritos, considera-se como práticas, surgidas no ocidente moderno, voltadas à gestão e regulação dos processos vitais humanos através da disciplina.

⁴ Similar ao conceito de biopoder, a biopolítica é responsável por disciplinar as massas, regulando e intervindo sobre taxas de natalidade, fluxos de migração, epidemias, longevidade. Não é um poder individualizante, como as disciplinas, mas massifica os indivíduos a partir de sua realidade biológica fundamental (FOUCAULT, 2010a).

É importante salientar que a mudança de paradigma também fomentou a mudança de mentalidades, pois neste período partia-se de uma sociedade hierárquica e feudal para uma sociedade moderna e capitalista (ROHDEN, 2001). Portanto, parir deixou de ser algo natural do universo feminino e passou a ser a condenação do patológico, onde impera o pensamento de que as mulheres necessitam de ajuda e de aparatos científicos para parir, e que há grande risco nos quais as mulheres precisam ser salvas, desconsiderando que “nascemos desde que nascemos” (RIBEIRO; PIERANGELO, 2015), ou seja, parimos desde muito antes da própria existência da obstetrícia moderna instrumental.

Assim, percebe-se a profundidade da cultura do risco obstétrico como grande marco do paradigma de assistência ao parto vigente, e como este fator influencia na decisão sobre a via de parto das mulheres, uma vez que elas sentem medo e insegurança do seu próprio processo, enquanto o profissional de saúde encontra-se em uma posição de poder e saber científicos superiores, realizando as condutas que lhe for conveniente. Em termos práticos, configura-se no alto índice de cesarianas realizadas no país, assim como a caracterização intervencionista e violenta do parto vaginal.

A violência obstétrica é um grave problema de saúde pública, e, infelizmente, apesar das recentes discussões, ainda invisibilizado⁵. Sendo uma forma específica de violência de gênero, a violência obstétrica “consiste em uma expressão que agrupa as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional, enquadrando-se nesse conceito, todos os atos praticados no corpo da mulher e do neonato sem o devido consentimento” (SILVA; SERRA, 2017). Pode ocorrer de forma explícita ou velada, de modo verbal, físico, psicológico e até sexual, durante qualquer momento da atenção obstétrica prestada à mulher (pré-natal, parto, pós-parto), inclusive em situações de abortamento.

O Ministério da Saúde define a violência obstétrica como: peregrinação por diversos serviços até ser acolhida; falta de escuta e tempo para a usuária; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com as usuárias, motivados por discriminação; violação dos direitos reprodutivos; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física; detrimento das necessidades e direitos da mulher; proibição de acompanhantes da escolha da mulher ou visitas com horários rígidos e restritos; críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero;

⁵ A violência institucional no atendimento ao parto é considerada ainda invisibilizada por ocorrer em um ambiente restrito e naturalizada socialmente, uma vez que, segundo Diniz (2006), as violações contra a integridade psicológica e corporal das mulheres são consideradas irrelevantes e até mesmo necessárias, já que são para o “bem” da mulher, para “ajudar”. Nota-se também que a integridade das mulheres é menosprezada em prol do bem-estar dos bebês.

diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência, iatrogenia devido às intervenções realizadas, impedir mulher de exercer sua autonomia, entre outros (BRASIL, 2015).

Intervenções cirúrgicas desnecessárias (sem real indicação clínica) e sem consentimento prévio da mulher configuram como violência obstétrica, como no caso das cesarianas eletivas e episiotomias⁶ realizadas rotineiramente na atenção obstétrica brasileira.

O excesso de cesáreas e as episiotomias desnecessárias também dependem de classe e cor. Mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem a receber “o corte por cima”, enquanto as mulheres negras e pobres que recorrem ao SUS tendem a receber “o corte por baixo”⁷ (DINIZ; CHACHAM, 2004).

A violência obstétrica desrespeita os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, porém, no Brasil, não existe ainda leis específicas que sejam eficazes para proteger e garantir os direitos da gestante, ou seja, não há uma lei federal que especifique o que é violência obstétrica. Como consequência, além da naturalização da violência de gênero na sociedade, mesmo que a mulher se identifique como vítima de um tratamento violento, a mesma, na maioria das vezes, não possui conhecimento quanto aos procedimentos legais de denúncia ou não desejam fazê-lo devido à fragilidade da situação em que se encontra. Não denunciar favorece a perpetuação do cenário violento vivido pelas mulheres ao parir.

2.3 A CESARIANA

A cirurgia cesariana é definida por Rezende (1987, p.825) como “ato cirúrgico consistente em incisar o abdome e a parede do útero para libertar o concepto aí desenvolvido”. Tal definição tanto abriga seus sentidos originários – “salvar o bebê” quando não era possível o nascimento por via vaginal – como também acrescentam novos e mais amplos significados, como libertar “dos perigos do desfiladeiro transpelvino”, das horas de

⁶ É uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências.

⁷ O “corte por cima” se refere às cirurgias cesarianas, e o “corte por baixo”, às episiotomias realizadas.

trabalho de parto, do sofrimento mental e dos danos ao corpo da mulher que o parto vaginal pode causar (NAKANO *et al.*, 2016).

O índice de cesarianas realizadas no Brasil vem crescendo excessivamente nos últimos anos, correspondendo a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país, sendo 85% no setor privado e 40% no setor público (CONITEC, 2016). A OMS recomenda que a taxa de cesáreas realizadas nos países não ultrapasse 15% do total de partos, o que faz a realidade obstétrica brasileira ser objeto de pesquisa a fim de entender o fenômeno causador da alta prevalência de nascimentos por via abdominal.

A cirurgia cesariana foi criada com o intuito de salvar o conceito, e ao longo do aperfeiçoamento da técnica, passou a ser realizada em casos de risco para a vida da mulher e do bebê (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016), servindo como uma alternativa para reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal. Contudo, Amorim (2012) ao analisar os estudos observacionais da OMS entre 2004 e 2008, constatou que os diversos estudos apontam que taxas de cesariana superiores a 15%-20% não resultam em redução da morbidade e da mortalidade materna e neonatal, ao contrário, podem estar associadas a resultados prejudiciais tanto para a mãe como para o bebê. Isto significa que a cesárea realizada nos casos realmente graves pode salvar vidas e reduzir a mortalidade materna e neonatal, porém ao ser utilizada de forma indiscriminada pode ter como efeito o resultado oposto. Tal cenário é justificado, de acordo com Hotimsky e Schraiber (2005), devido a crença que a tecnologia médica é boa em si mesma, e o que pode causar mal é sua falta de uso, nunca seu uso excessivo.

Apesar das indicações clínicas para realizar a cirurgia cesariana serem definidas por manuais e livros de Obstetrícia, tais taxas elevadas sugerem a existência de fatores não clínicos que influenciam a decisão da via de parto, sendo importante considerar os determinantes sociais inseridos em cada contexto das regiões analisadas para entender a cadeia causal do problema (TORRES *et al.*, 2014).

Observa-se o caráter contraprodutivo⁸ da cesárea, que pode causar mais dano do que benefício para a gestante. Para Rattner (1996), a cesárea teria perdido seu caráter de procedimento médico, e sua alta prevalência se justifica pelo fato de que a cesariana se transformou em bem de consumo, o que explica sua distribuição desigual no país, sendo maior nas mulheres com maior idade, escolaridade, primíparas, com assistência pré-natal em

⁸ Illich (1981) descreve a contraprodutividade como uma ferramenta que produz efeitos paradoxais, operando contra o objetivo implícito em suas funções, como no caso da cesariana, que produz morbidade e mortalidade materna e neonatal.

serviços privados e residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (REBELO *et al.*, 2010).

No Brasil, a atenção obstétrica limita a possibilidade de escolha da via de parto das usuárias dos serviços públicos. Questiona-se então a alta prevalência das cesáreas no setor suplementar, onde as mulheres que possuem acesso são acompanhadas pelo mesmo médico até o parto, seja por financiamento do plano de saúde ou pagamento direto, e teoricamente teriam maior possibilidade de escolha.

A evolução da obstetrícia no Brasil caracteriza-se pelo aperfeiçoamento da técnica da cesariana, com Fernando Magalhães, considerado como *pai da obstetrícia*, e Jorge de Rezende, obstetra autor do manual-livro “Obstetrícia”, o mais utilizado na formação médica no campo. Seu material participa da base curricular da formação dos profissionais em obstetrícia e afirma, através de seus escritos, o estilo de pensamento que normatiza a prática da cesárea como a melhor forma de nascer (NAKANO *et al.*, 2016).

Fleck (2010) afirma que esses manuais mostram “verdades”, axiomas a serem seguidos e não discutidos. Sendo assim, entende-se que os médicos cursam sua formação acadêmica sendo moldados pelo pensamento tecnocrático e abordando a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de sua atuação (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005). Tal formação caracteriza e define a realidade vivida pelas brasileiras, uma vez que “a atuação menos intervencionista, com menos medicação para acelerar os partos, ou que não ‘resolvem’ cirurgicamente por não julgar clinicamente necessário, não recebe apoio de colegas médicos” (HOTIMSKY, 2007).

Diversos estudos investigaram se a cesariana é preferência de parto entre as mulheres (BARBOSA *et al.*, 2003; FAÚNDES *et al.*, 2004; DIAS *et al.*, 2008; MAZZONI *et al.*, 2011) e concluiu-se que a maioria tem preferência pelo parto vaginal, sendo mencionado em todos estes estudos o fato da recuperação rápida pós-parto, entre outras razões.

O fato é que, dentre os principais fatores para o alto índice de cesárea no Brasil estão a conveniência e segurança do(a) médico(a), os fatores institucionais ligados rendimento da cesárea (por ser mais lucrativa já que é um procedimento cirúrgico que envolve mais materiais e maior corpo técnico envolvido e por ter a duração relativamente rápida quando comparada à maioria dos partos normais, o que possibilita maior fluxo de liberação de leitos e maior produtividade), a possibilidade de realizar a laqueadura tubária⁹ durante o

⁹ A laqueadura de trompas, também conhecida como ligadura de trompas, é um método contraceptivo permanente no qual as trompas de Falópio são cortadas através de uma cirurgia, impedindo que a mulher possa voltar a engravidar.

procedimento, o medo da dor do parto vaginal, dos riscos e possíveis lesões perineais, assim como a crença de que a cesárea é mais segura que o parto normal (DINIZ; DUARTE, 2004; SANTOS, 2008). Classifica-se, portanto, a cesariana solicitada pela mulher, como “cesárea a pedido”.

Entre os riscos mais frequentes atribuídos à cesariana estão infecção pós-parto, hemorragia e necessidade de transfusão sanguínea, internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e traumas obstétricos, além de risco aumentado para gestações futuras (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017).

Além disso, há evidências de que no setor privado há maior presença de prematuros leves e bebês nascidos com baixo peso, o que pode estar relacionado com os altos índices de cesáreas eletivas agendadas, além de ser contraditório, pois se estima que o baixo peso ao nascer teria maior prevalência entre bebês de mulheres de classe social baixa (LEÃO *et al.*, 2013). Tais fatores reforçam a alegação do uso iatrogênico das cesáreas.

Em 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM) definiu alguns aspectos da cesariana a pedido (ou eletiva) através da Resolução nº 2.144/2016, na qual legitima a cesariana eletiva, baseada no direito à autonomia do médico e da gestante, mediante alguns critérios como: oficializar a decisão em um termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante, somente realizar a cesariana eletiva a partir da 39ª semana de gestação para preservar a segurança do feto, e por fim, se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.

Este último critério, em termos práticos, pode configurar em uma espécie de coerção, uma vez que alguns médicos alegam assistir partos normais em casos de gestações de risco habitual, porém ao se aproximar da Data Provável de Parto (DPP) da mulher, ao haver discordância entre a vontade do profissional e a mesma, a mulher pode se sentir insegura a buscar outro profissional que não a acompanhou desde o início ou até mesmo não encontrar algum disponível para atendê-la e decidir, por fim, acatar a decisão de seu médico.

As cesáreas eletivas são aquelas agendadas previamente (antes de a mulher entrar em trabalho de parto) e sem indicações clínicas, ou seja, seu acontecimento se deve por influência de fatores que não são relacionados à ideia de risco para a mulher e o conceito. Vários estudos acerca da cesárea eletiva foram realizados no Brasil, e é frequente a nomeação de “cesárea desnecessária”, reforçando a ideia de que a mesma não deveria ser realizada imprudentemente.

O setor suplementar é caracterizado pela dificuldade em encontrar vagas disponíveis devido a grande demanda para agendar cesáreas em alguns períodos do ano, para agendar o mínimo de partos possíveis em dias como feriados e datas festivas, assim como também são agendadas várias cesarianas para o mesmo dia, preferencialmente de segundas às sextas, para melhor conveniência médica (CIELLO, 2012).

Muito se discute sobre as cesáreas no Brasil, inclusive se a mesma pode ou não ser considerado um parto, por questões semânticas. Observa-se um conflito nos discursos que envolvem o parto cesáreo, uma vez que os próprios médicos se apropriaram do discurso feminista dos anos 60 de que a mulher tem o direito de escolha sobre o próprio corpo para justificar tantas cesáreas desnecessárias (MELLO-E-SOUZA, 1994 *apud* BARBOSA *et al.*, 2003). A grande questão é como deve ser feita essa escolha, uma vez que ela deve ser feita com base em informação verídica e de qualidade, de fácil entendimento, sem coação, sedução, indução e obrigação por parte do profissional de saúde.

As falsas indicações de cesáreas e argumentos como “é um procedimento seguro, o bebê já está maduro, não tem com o que se preocupar, é muito mais cômodo para a família, mais fácil, melhor para aproveitar a licença-paternidade, você não vai sentir dor e ainda vai continuar apertadinha para seu marido” (CIELLO, 2012 p. 118) são frequentes no dia-a-dia das usuárias do serviço obstétrico privado no Brasil.

Em meio a essa arena, onde de um lado existe a cultura material¹⁰ em torno da cesárea e a pressão da categoria médica por tal predileção, e de outro lado existem estudos que apontam os riscos dessa tendência obstétrica brasileira, no meio desta luta encontram-se as mulheres, que são vítimas de fatores que se sobrepõem ao desejo delas. O (a) médico (a) deve estimular a livre escolha da via de parto às gestantes que assiste, informando-as adequadamente sobre as alternativas que dispõem, caso contrário, a possibilidade de cercear o direito de escolha da mulher, mesmo que apenas por indução, é algo que pode ser considerado contrário à ética profissional.

2.4 AUTONOMIA E ESCOLHA INFORMADA

O exercício da autonomia individual está diretamente associado ao direito à saúde e à vida, e é respaldado pela Lei nº 8.080 de 19/09/1990 (BRASIL, 1990). Entender o respeito ao

¹⁰ O conceito de cultura material engloba os usos e os efeitos sociais de procedimentos técnicos e aparatos tecnológicos na construção de representações, valores e normas.

direito à autonomia como uma forma de promoção à saúde e preservação da integridade do indivíduo é essencial para a qualidade do cuidado em saúde e sua relevância no cenário do parto e nascimento.

O termo “autonomia” é etimologicamente derivado das palavras gregas *autos* (próprio) e *nomos* (lei/regra), podendo ser interpretado de forma literal como a “lei do próprio” ou pela ótica do auto-governo (LEITÃO, 2010). Considerando que o ser humano se difere na natureza justamente por sua capacidade de decidir, a autonomia consiste na qualidade de todo ser humano, dotado de racionalidade, de se autodeterminar e conduzir sua vida através de suas decisões (MACEDO; ARRAES, 2013).

O conceito de autonomia conduz o pensamento à ideia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si. Ainda que, na nossa organização de sociedade, há alguns fatores que limitam a liberdade, como o âmbito jurídico, por exemplo, é importante ressaltar que ao discutir autonomia e liberdade, os conceitos e abrangências são amplas, então neste caso, o conceito de liberdade ligado à autonomia do sujeito, e não restringível, é o de liberdade como independência, a condição de uma pessoa como independente e igual e não como subserviente (DWORKIN, 2010).

No âmbito da medicina, a teoria principialista é utilizada para lidar com os dilemas éticos enfrentados pelo campo, assim como nas pesquisas científicas, tendo como base quatro princípios: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. O princípio da autonomia determina que o indivíduo deva ter condições de exercer a sua liberdade de escolha sem qualquer forma de coerção; a beneficência estabelece o agir em prol do bem do indivíduo, assim como o princípio da não maleficência preconiza o dever de não causar dano a alguém; e a justiça fundamenta-se no dever de tratar todas as pessoas de forma adequada (BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2002).

Contextualizar sobre os direitos à liberdade, autonomia e prática médica são essenciais para a discussão da escolha da via de parto na assistência obstétrica, ressaltando os valores e questões que permeiam essa questão, indo além da própria técnica científica e organização estrutural das instituições. Ainda que sejam conceitos complexos, com variadas vertentes de pensamento, é inegável o direito à autonomia das mulheres na sua vida reprodutiva. Garantir esse direito no parto é fundamental, considerando que a experiência de dar à luz é tão marcante para a mulher que, durante anos, o evento e os sentimentos experimentados durante o nascimento do bebê serão lembrados nos mínimos detalhes (KITZINGER, 1987 *apud* LOPES *et al.*, 2005).

Segundo Almeida (2000), o direito da gestante quanto à sua parturição, quando sua condição fisiológica não limita sua capacidade de raciocínio, é um direito individual não restringível, e cabe ao Estado garantir esse direito fundamental, promovendo sua autodeterminação através da disponibilização de informação segura e de qualidade.

Vale considerar que, para que seja possível o exercício da autonomia, é necessária uma relação de dois ou mais indivíduos, caso contrário não se faria necessário tal definição. Na relação médico-paciente, muitos fatores influenciam essa via, como o poder, por exemplo. No caso da assistência às gestantes, observam-se dois eixos essenciais de discussão: o respeito à autonomia da mulher para decidir sobre si e seu bebê e o fornecimento de informação adequada para que a mesma possa exercer seu direito.

Para Barbosa e Silva (2007), a fragilização do ser humano na posição de “paciente” desfavorece o exercício da autonomia, quando o cuidado sob a ótica paternalista¹¹ de que a equipe de saúde detém o poder e o conhecimento subestima a capacidade do usuário em fazer julgamentos com relação a si e a sua saúde.

Esse posicionamento é baseado na ideia de que as mulheres não têm capacidade de decidir sobre o próprio parto, uma vez que a equipe detém conhecimento científico e este é superior a qualquer outro conhecimento, e muitas vezes, na prática, a realização de intervenções cirúrgicas e não cirúrgicas ocorre sob a alegação de ser “para o bem da mãe e do bebê”, mesmo quando a mulher afirma não concordar. Ao considerar que o parto é um fenômeno que ocorre com o corpo da mulher, sendo somente a própria gestante a detentora do saber de suas capacidades, limitações e níveis de sofrimento, a imposição da via de parto para a qual ela não se sente preparada ou não deseja independente de suas motivações, é o que poderia causar grandes danos à sua integridade e à do nascituro (MACEDO; ARRAES, 2013). A livre escolha da mulher sobre a forma de parir ainda é respaldada também pela garantia constitucional ao livre planejamento familiar (BRASIL, 2009)

Segundo Macedo e Arraes (2013, p. 11):

Ademais, a parturiente, no exercício do pátrio poder, será a responsável por todos os cuidados e criação do bebê até este atingir a maioridade. Portanto, afirmar que essa mulher não é capaz de fazer escolhas conscientes desde a gestação, implicaria em reconhecer que a mesma é incapaz de se orientar devidamente, e de considerar o melhor interesse do indivíduo a quem dará à luz.

¹¹ O paternalismo médico desconsidera a opinião do paciente plenamente capaz, constituindo uma conduta unilateral, que pode ser eticamente justificado, e por vezes necessário, apenas quando existe limitação na autodeterminação do paciente, momentânea ou definitiva.

Logo, muito se discute sobre as mulheres terem autonomia para optar pela cesariana, tal discussão é inclusive defendida pela área médica, porém quando a mulher opta pela via vaginal, em muitas vezes é considerada como inconsequente (ANDREZZO, 2016). Portanto, a autonomia não pode ser vista como algo seletivo, apesar da judicialização da prática médica influenciar nessa maneira de lidar com a autonomia da mulher. Muitos médicos temem processos jurídicos por desfechos desfavoráveis no parto, sendo assim, supõe-se que isso justifique a tendência por optarem pela via de parto que consideram mais “controlável”, a cesariana.

Pensando no processo saúde-doença-cuidado, é importante ressaltar que a gestação não se enquadra em um cenário de doença propriamente dita, o que fortalece ainda mais a reprovação do paternalismo médico na atenção obstétrica. Logo, é preciso superar a dimensão autoritária da relação médico-paciente e promover a expansão da autonomia à medida que avança o processo terapêutico (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2006).

Diante da necessidade de promover a autonomia da mulher, cabe aos profissionais de saúde fornecer informação sobre os procedimentos que serão realizados, sem qualquer tipo de persuasão ou coerção. Além do mais, para que seja possível a decisão pela mulher, é necessário que ela tenha acesso a recursos materiais e sociais, pois a autonomia está associada diretamente à noção de equidade (PETCHESKY, 1995 *apud* ANDREZZO, 2016). Tal fator é importante para que a condição de ser autônoma não seja somente para as que podem pagar, já que existe uma cultura implícita de que no serviço público, os usuários não têm direito de escolha (DINIZ; D’OLIVEIRA; LANSKY, 2012).

Alguns estudos comprovam que as mulheres, tanto no setor público como no suplementar, se sentem limitadas quanto ao acesso à informação (GAMA *et al.*, 2009; DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). Isso inclui falta de informação sobre seu estado de saúde e de seu bebê, sobre quais medicamentos lhe administraram, assim como sobre as intervenções realizadas com a mesma e seu bebê, podendo ocorrer desde o pré-natal até o momento de sua alta.

Zorzam (2013) afirma que, ainda que haja informação disponível, sua qualidade pode ser questionada, uma vez que pode haver omissão ou suavização. Nesse contexto incerto, as mulheres buscam informação em diversos lugares, sendo as redes sociais uma grande fonte de discussão.

Observa-se então a dificuldade da mulher em ter seu direito à cidadania respeitada, que é o exercício da própria autonomia, e quando tem, é de forma limitada. Em um contexto onde a maioria dos partos no Brasil ocorre em ambiente hospitalar, o fato das mulheres buscarem

informação externa ao invés de buscarem com seus próprios cuidadores indica a fragilidade da relação médico-paciente, que vai contra o modelo de cuidado ideal.

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 Objetivo geral

Identificar, comparando diferentes pesquisas, quais os determinantes que podem influenciar na escolha de mulheres e obstetras sobre a via do parto no Brasil, a partir de uma revisão integrativa da literatura.

2.5.2 Objetivo específico

Discutir a escolha da via de parto sob a perspectiva do direito à autonomia das mulheres e a prevalência da cirurgia cesariana neste contexto.

3 METODOLOGIA

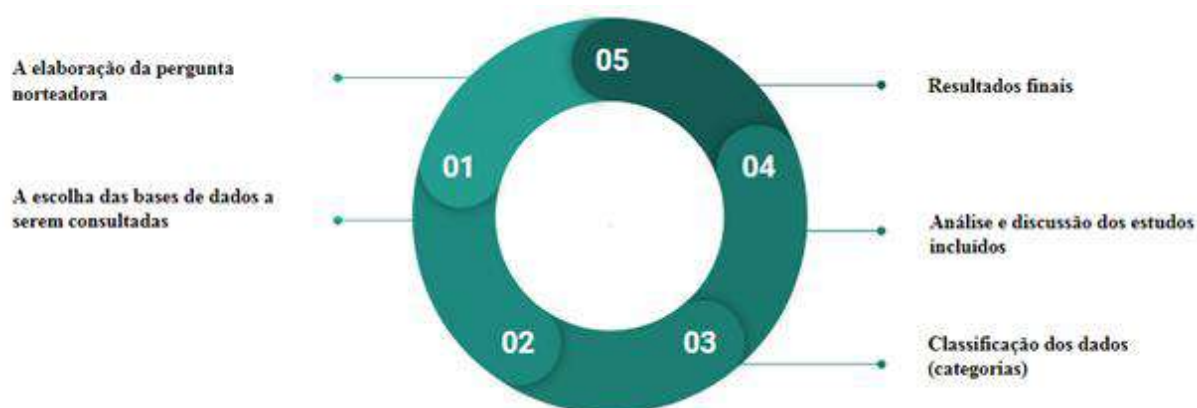
O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa acerca da escolha da via de parto no modelo de atenção obstétrica brasileira, considerando o contexto de medicalização da saúde vivido no Brasil. A escolha pela pesquisa neste formato deu-se a partir da necessidade de sintetizar o conhecimento publicado acerca da temática, proporcionando uma visão que possibilite o entendimento e discussão do tema.

A revisão integrativa, além de propiciar a síntese do conhecimento, também facilita a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010), e permite a análise dos conceitos existentes e seus cruzamentos, possibilitando a crítica de estudos anteriores, tendo em vista a importância deste processo para elaboração de conteúdo no campo científico.

Considera-se que é possível elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, logo, a multiplicidade da composição da amostra proporciona um quadro completo de materiais que permite formular um retrato compreensivo do tema, possibilitando o aprofundamento e abrangência das conclusões da revisão (WHITTEMORE, 2005).

Algumas etapas devem ser seguidas para o desenvolvimento da revisão integrativa. São elas: a elaboração da pergunta/problemática; a coleta bibliográfica, a classificação dos dados, a análise e discussão dos estudos incluídos e os resultados finais (CROSSETTI, 2012). Devido à multiplicidade de publicações e informações no campo da saúde, a revisão integrativa também auxilia na organização dos resultados mais relevantes das pesquisas e na articulação da análise (CROSSETTI, 2012). Na elaboração desse quadro metodológico, foi elaborado um fluxograma (abaixo) de forma a visualizar objetivamente as etapas da revisão integrativa.

Figura 1 - Fluxograma da revisão integrativa



O objeto de interesse da pesquisa é como ocorre a escolha da via de parto das mulheres usuárias do serviço obstétrico brasileiro, quem/quais fatores estão relacionados, como se insere a autonomia da gestante quanto ao próprio cuidado nesse cenário, tendo em vista o alto índice de cesáreas realizadas no Brasil, e o perfil intervencionista de parto normal praticado nos hospitais, considerando a relevância das práticas no cuidado à saúde da mulher e da criança.

A pergunta norteadora definida é “como se dá a assistência ao parto no Brasil no contexto de medicalização?”, tendo como interesse observar os resultados acerca do cenário brasileiro de parto considerando suas duas vias possíveis - abdominal e vaginal -, assim como, ao pensar em modelo de atenção em saúde, é importante considerar a assistência pública e privada e suas particularidades, levando em consideração que o parto é um evento social, sendo a mulher o eixo central da discussão, uma vez que é um processo relativo ao seu corpo.

A observação inicial dos artigos constatou a questão da escolha da via de parto e suas implicações no contexto da medicalização, que foi escolhida como recorte a ser aprofundado.

A partir disso, foi realizada inicialmente uma busca exploratória acerca do tema e aspectos envolvidos no período de junho a julho de 2018. Diante desse levantamento, foi constatada uma produção considerável e a relevância de realizar uma revisão integrativa sobre o mesmo. Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período de agosto a outubro de 2018.

As bases de dados utilizadas foram *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na modalidade integrada ao Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), utilizando dois descritores (“medicalização” e “parto”), assim como seus sinônimos (“alívio”, “parição”, “nascimento”, “parturição”), buscando ampliação de busca pelos estudos. Os descritores foram utilizados no intuito de obter uma visão contextualizada sobre o tema, uma vez que o objetivo gira em torno do parto sob a ótica da medicalização.

As plataformas internacionais Scopus e Medline foram consultadas, porém foram desconsideradas da pesquisa por não apresentarem resultados relevantes no âmbito brasileiro, na qual a pesquisa se dirige, por se tratar de um tema não exclusivo do Brasil, porém característico da assistência obstétrica brasileira.

A busca resultou em 538 documentos, utilizando os filtros “texto completo” e o idioma em português. Após a análise dos títulos e resumos, parte dos documentos foi desconsiderada por não se encaixar na temática selecionada.

Os critérios de inclusão utilizados foram: textos completos disponíveis nas plataformas com o tema pertinente à proposta do estudo. Após leitura dos resumos, os

trabalhos que não se adequaram ao esperado foram excluídos da pesquisa, assim como as duplicatas e documentos que não fossem em formato de artigo, configurando como critério de exclusão. Após as análises, foram selecionados 14 documentos para compor a revisão, sendo 13 artigos e 1 tese de doutorado, da qual emergiram cinco artigos publicados no campo científico, porém nesta pesquisa serão trabalhados como um conjunto de uma obra.

Os documentos selecionados foram publicados no período de 2003 a 2017, abordando o contexto das regiões brasileiras (especialmente as áreas urbanas) e foram agrupados em forma de tabela (Apêndice A), organizados nas colunas: referência bibliográfica, nome do artigo, área de publicação, tipo de estudo, objetivos, resultados e categoria de análise identificada.

Após leitura integral dos documentos, foram definidas três categorias de análise que permeiam a escolha da via de parto das mulheres: a relação assimétrica entre os profissionais de saúde e paciente, o perfil socioeconômico das mulheres inseridas no atendimento público e privado e a cultura do risco obstétrico.

4 RESULTADOS

4.1 RELAÇÃO ASSIMÉTRICA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTANTES

A maioria dos artigos integrantes da revisão abordou a relação médico-paciente como um fator essencial na determinação da via de parto das mulheres no Brasil (SOUZA *et al.*, 2016; OLIVEIRA; PENNA, 2018; OLIVEIRA; PENNA, 2017; CABRAL *et al.*, 2013; FREIRE *et al.*, 2011; PIRES *et al.*, 2010; BARBOSA *et al.*, 2003; GAMA *et al.*, 2009; RANGEL; CAMARGO JUNIOR, 2016).

As orientações de cuidado que se baseiam no paradigma da humanização do parto recomendam que a mudança da relação entre os profissionais de saúde e a parturiente aconteça, de forma que viabilize a escolha informada e o respeito à autonomia da mulher, sem que essa decisão ocorra de forma unilateral pelo profissional ou instituição. Todavia, na prática, essa questão é desrespeitada, e muitas vezes desconhecida (DINIZ, 2001). Nota-se o médico como ator principal no cenário do parto, enquanto a mulher se torna coadjuvante, já que a medicalização tornou o parto um evento médico, no qual a mulher não se sente ativa no processo de dar à luz a seu filho (SOUZA *et al.*, 2016).

Esta relação assimétrica é permeada pela supervalorização do saber técnico dotado pela equipe, que presume o não saber da mulher, desconsiderando sua capacidade de participar do próprio processo fisiológico. Nota-se, no discurso do médico entrevistado no artigo 5, o incômodo diante da participação da mulher e da família durante seu atendimento:

Hoje, quem manda é a paciente, você não tem reconhecimento. A maior dificuldade minha é com o acompanhante, porque ele hoje sabe mais do que o médico, pesquisa na internet. Então ele chega e determina o que deve e o que não deve ser feito e isso me traz muito desgosto, ter que trabalhar com este tipo de paciente. (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 5).

A informação - seja a falta ou excesso -, de ambos os lados, caracterizam o problema. Se por um lado, a equipe acredita que os desejos da parturiente não devem ser mais importantes que a conduta médica, por outro, os profissionais consideram como um problema, ou até um risco, quando a mulher carece de conhecimento sobre a fisiologia do parto:

A mulher não vem preparada para o que vai enfrentar. A maioria vem com uma carência de informação e acaba tendo um desencontro entre o que a gente propõe e o que a mulher espera. A obstetrícia é a segunda classe médica com mais processo, e isso cria uma posição de defesa do médico perante a paciente, e acaba atrapalhando a relação médico/paciente. (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 6).

Considera-se que o saber profissional tem capacidade de disciplinar e normatizar, logo, no contexto vivido pelas mulheres nas maternidades do Brasil, os sentimentos de angústia e temor são frequentes entre as usuárias, pois o cuidado recebido vai contra o cuidado esperado (FREIRE *et al.*, 2011). Embora haja uma grande discussão em torno do respeito à autonomia das mulheres envolvendo o Conselho Federal de Medicina, no qual defende o direito à autonomia das mulheres em relação à cesariana a pedido (FERRARI, 2009), as mulheres que buscam o exercício dessa autonomia sentem-se impossibilitadas de questionar, diante da postura hostil ou autoritária dos profissionais de saúde (OLIVEIRA; PENNA, 2017; GAMA *et al.*, 2009):

Na época, concordei porque tinha pouca experiência sobre o parto. Hoje, com a minha experiência, teria uma atitude mais ativa diante do médico, não me entregaria totalmente. Ele me assustou e eu fiquei refém da decisão dele. É aquela coisa, eu tive que concordar, porque ou você confia ou muda de médico, tanto é que agora eu mudei. (GAMA *et al.*, 2009, p. 2485-2486).

A proposta do plano de parto, estimulada pela OMS desde 1986, objetiva ser uma “ferramenta educativa que provoca rupturas simbólicas na relação hierárquica das mulheres com os profissionais” (ANDREZZO, 2018, p. 85), pois encoraja as gestantes a buscarem informações sobre o processo do parto e nascimento, baseando-se em evidências científicas e preferências da gestante.

Por se tratar de um documento, ele deve ser assinado pelos profissionais responsáveis pelo cuidado da mulher na hora do parto, e deve ser anexado ao seu prontuário. Apesar de ser um meio de estimular o protagonismo da mulher, não é uma prática largamente difundida na atenção obstétrica brasileira, havendo ainda a falta de consenso entre o cuidado que as mulheres devem esperar e o cuidado que os profissionais se propõem a oferecer. O plano de parto pode resultar em retaliação e negligência (ANDREZZO, 2018), como é possível observar no relato do artigo 5:

[...] É assim o tempo todo: você não pode isso, não pode aquilo, e ignorando meu plano de parto, não fazendo questão nenhuma de pegar. O doutor começou a brigar comigo porque eu tinha colocado uma bolsa de água quente para amenizar a contração, e a falar que a gente fica arrumando estas pessoas pra ficar na casa da gente, que não sabe nada, que a doula colocou o meu bebê em risco, e foi assim, o bebê nascendo e eles fazendo aquele terror. (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 7).

Ainda que outros profissionais possam reconhecer a importância do plano de parto da mulher, a postura verticalizada do cuidado prestado na hora do parto faz com que, o obstetra,

que na maioria das instituições brasileiras é quem atende as parturientes, não considere as escolhas da mulher. Segundo o relato da enfermeira entrevistada no artigo 4:

A gente tem um alto índice de cesárea pela impaciência de aguardar o TP (trabalho de parto), não existe a adesão ao plano de parto escolhido pela gestante. Existe mais aquela imposição médica, do que vai ser feito ali naquele momento. É um pouco distante do que é planejado, não tem o apoio e o incentivo ao parto natural. (OLIVEIRA; PENNA, 2018, p. 1309).

O artigo 2 (SOUZA *et al.*, 2016) constata que os próprios profissionais reconhecem as práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência à mulher. O impacto da violência obstétrica vai desde a perspectiva macro à micro, uma vez que desfavorece o vínculo e a promoção da saúde. Isso contribui para que o parto, no imaginário das mulheres, seja necessariamente associado à dor e sofrimento, naturalizando a violência.

Consequentemente, tamanha proporção contribui para o aumento e manutenção das taxas de mortalidade materna e neonatal devido ao excesso de intervenções desnecessárias e a uma assistência que favorece a negligência, a imprudência e a imperícia¹².

O conceito de violência obstétrica, ainda não incorporado pelo judiciário brasileiro, traz desconforto quando discutido dentro das instituições, uma vez alguns profissionais (especialmente os autores habituais da violência) buscam justificativas para tal conduta ou até mesmo a suavização da mesma. O artigo 5 (OLIVEIRA; PENNA, 2017) traz as falas de alguns profissionais que discordam do termo por acharem “depreciativo, exacerbado pela mídia e que negligencia a autonomia do obstetra e classifica todas as práticas médicas como hostilidade contra a mulher e não como um benefício em prol da saúde da parturiente e do recém-nascido” (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 5):

Hoje, qualquer coisa que você faz com a paciente, pode ser encarado como violência obstétrica. Se você faz parto normal, é violência, se faz cesárea, é violência. Eu acho que não é por este lado. Tem que entender que é um contexto, a gente não quer que ninguém sinta dor ou sofra. É muito maior do que se fala na mídia, do que um caso. Eu acho que obstetrícia é cumplicidade, a gente tá aqui para fazer o melhor, chegar a uma solução boa pra todo mundo. A paciente quer que você faça o atendimento sem examinar, como é que isto pode ser justo. Eu não concordo com esta obstetrícia.

¹² A imperícia consiste na situação em que o médico revela em sua atitude, falta ou deficiência de conhecimentos técnicos da profissão. Já a imprudência é a imprevisão do agente em relação às consequências do seu ato ou ação. O profissional médico tem atitudes, não precipitadas, sem ter cautela, sendo resultado da não racionalização. Neste caso, o médico tem perfeito conhecimento do risco, e ignorando a ciência médica, toma a decisão de agir mesmo assim; e por último, a negligência acontece pela falta de cuidado ou de precaução com que se executam certos atos. É caracterizada pela inércia, indolência, falta de ação e passividade. É um ato omissivo, oposto da diligência que seria agir com cautela, cuidado e atenção, evitando quaisquer distorções e falhas (LUI NETTO; ALVES, 2010).

A escolha da via de parto, tema do presente estudo, se insere diretamente neste contexto de violência, uma vez que o desrespeito à autonomia, a realização de intervenções sem a devida explicação e consentimento, a falta de informação oferecida à mulher durante a gestação e parto - assim como as “falsas” informações, como no caso das cesarianas indicadas por motivos inadequados ou irrealistas, por exemplo, entre outras práticas relacionadas à via de parto, são consideradas como violência obstétrica.

O artigo 4 (OLIVEIRA; PENNA, 2018) identifica no discurso dos médicos entrevistados o desejo de que o parto evolua e aconteça o mais rápido possível, para que a equipe médica possa dar sequência ao atendimento de outras mulheres ou para realizar outras atividades, o que pode justificar um atendimento intervencionista e cesarista.

A assistência ao parto organizada como uma linha de montagem (ROTHMAN, 1992 *apud* DINIZ, 2001), na qual para cada estágio do parto a mulher é transferida para um setor da maternidade, estipulando-se tempo para a conclusão de cada etapa, desrespeita a fisiologia do parto. Fatores como indisponibilidade de leitos diante da grande demanda, equipe reduzida, metas institucionais a serem alcançadas, conveniência do médico, aparecem nos estudos como possíveis justificativas para o modelo tecnocrático vigente de atenção ao parto no Brasil (SOUZA *et al.*, 2016; OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA; PENNA, 2017; LEÃO *et al.*, 2013; PIRES *et al.*, 2010; PORTO *et al.*, 2010; GAMA *et al.*, 2009). Esse modelo cria um ritual nos quais todas as mulheres são submetidas, independente de suas particularidades, nas quais, ao darem entrada na maternidade, são obrigadas a entregar seus pertences, despindo-se de seus trajes, são imobilizadas em diversos momentos, restritas de água e alimentos, e muitas vezes, seu direito de ter acompanhante é violado (OLIVEIRA, 2016; PORTO *et al.*, 2010; RANGEL; CAMARGO JUNIOR, 2016).

Se por um lado, o discurso médico alega a persuasão das mulheres na escolha via do parto, sob a alegação de que desejam a cesariana ou que não toleram a dor do parto vaginal, por outro, observa-se a contradição quando comparado aos discursos das mulheres e até mesmo de outros profissionais envolvidos, que afirmam o medo das mulheres de terem sua dor negligenciada ou de serem desrespeitadas durante o trabalho de parto (OLIVEIRA; PENNA, 2018; RANGEL; CAMARGO JUNIOR, 2016).

Estudos comprovam que as mulheres não participaram ou não se sentiram ativas/respeitadas na escolha da sua via de parto (SOUZA *et al.*, 2016; OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA; PENNA, 2018; OLIVEIRA; PENNA, 2017; LEÃO *et al.*, 2013; PIRES *et al.*, 2010; BARBOSA *et al.*, 2003; GAMA *et al.*, 2009).

Para algumas mulheres, a via de parto foi determinada pelo profissional de saúde ou

atribuída para a uma força espiritual, para Deus:

Eu tava certa que ia ser cesárea, só que Deus falou assim “minha filha você não merece passar por isso, eu vou te dar uma coisa melhorzinha” então o parto normal foi de última hora. (OLIVEIRA; PENNA, 2018, p. 1307).

Identifica-se nas narrativas presentes nos estudos que a maioria das mulheres apresentam preferência a uma via de parto - seja vaginal ou cirúrgica - porém conformam-se quando o parto não acontece como esperado. Percebe-se a escolha da via de parto é muito mais do que o desejo, pois depende do acesso às orientações durante o período pré-natal e envolve aspectos familiares e culturais (OLIVEIRA; PENNA, 2018; FREIRE *et al.*, 2011). Na perspectiva do médico, a assistência ao parto vai além do saber técnico e envolve questões imprevisíveis, que fogem à regra dos protocolos das instituições (OLIVEIRA; PENNA, 2018). Quando investigados os critérios utilizados para a escolha da via de parto, os médicos afirmam que:

Tem paciente que não adianta você querer, obrigar que ela tenha um parto normal. Ela pode até entrar em TP, mas ela não colabora. Se você não tiver uma estrutura para oferecer, uma analgesia, uma doula, você não vai conseguir oferecer um parto adequado pra ela. Então não pode ser muito rígido com os critérios. (OLIVEIRA; PENNA, 2018, p. 1308).

Argumentos como “os critérios são principalmente técnicos, mas as mulheres acham que ganhar de parto normal é sofrer desnecessariamente” (OLIVEIRA; PENNA, 2018, p. 1308) são presentes no discurso médico, e ressaltam a importância de discutir sobre a qualidade do parto normal oferecido nas instituições brasileiras. É válido, inclusive, pensar na classificação de “parto normal”: a mudança de cenários, atores, cuidados e paradigmas na assistência ao parto ao longo dos tempos permitem com que o parto vaginal seja chamado de “normal”, mesmo que se configure de forma completamente diferente no período pré-medicalização e pós-medicalização?

O que consideramos como “normal” é o parto vaginal dirigido, ou seja, aquele que segue as rotinas hospitalares, que ocorre com a mulher imobilizada ou semi-imobilizada na maca ou leito, privada de alimentação e ingestão de líquidos, usando drogas para a indução ou aceleração do parto, parindo em posição litotômica¹³, com eventual uso de fórceps e rotineiramente, a episiotomia (DINIZ, 2001). A discussão sobre a qualidade do parto normal

¹³ Usada para cirurgias ou exames do períneo, da vagina, do colo uterino e da bexiga. O paciente é colocado em decúbito dorsal, com as coxas bem afastadas, flexionadas sobre o abdômen. Para manter as pernas nessa posição de flexão, usam-se suportes do tipo joelheiras. A região glútea do paciente deve ficar fora da mesa de exame (LOPES, 2009).

no Brasil deve ser considerada tão relevante quanto a das taxas alarmantes de cesariana, uma vez que ambas as questões interferem nos indicadores de mortalidade materna e neonatal, assim como determinam o cenário de possibilidades das mulheres.

No que diz respeito à satisfação da mulher quanto ao próprio parto, sentir-se impotente frente às decisões médicas, assim como a falta de informação oferecida, são fatores presentes nas narrativas das mulheres insatisfeitas com a experiência:

Até o parto não recebi muitas orientações, pra mim foi bem complicado até. Pra eu ter nenê não sabia como ia ser [...] o médico não queria muito conversar sobre o parto, eu tava em dúvida entre parto normal e a cesárea né? Depois eu fiquei sabendo que parto normal hoje tem, [...] como é que se diz? Menos dor e eu nem fui informada, fiquei sabendo até agora com essa novela que tá passando (PIRES *et al.*, 2010, p. 194).

Destaca-se a importância do pré-natal neste processo, por ser o momento ideal para a promoção e educação em saúde, a partir das consultas e encontros com os serviços, como as visitas da Rede Cegonha¹⁴, por exemplo. A descontinuidade da atenção e a fragmentação do vínculo com os profissionais durante o pré-natal são apontadas como contribuintes para a insatisfação das mulheres durante sua gestação (CABRAL *et al.*, 2013). O artigo 13 (GAMA *et al.*, 2009), ao abordar a satisfação em relação às informações recebidas durante a gestação e parto entre as mulheres, constatou que as usuárias do setor privado se sentiram mais satisfeitas, devido ao fato de terem feito o pré-natal e o parto com o mesmo obstetra, o que trouxe maior sensação de segurança.

Sobre a via de parto, o artigo 11 (BARBOSA *et al.*, 2003) apresenta que, em sua pesquisa, a maioria absoluta das mulheres (82,9%) informou não ter pedido a cesariana, tanto aquelas que tiveram parto vaginal (81%) como as que foram submetidas ao parto operatório (85%), considerando o tamanho da amostra igual a 909 entrevistadas, distribuídas no setor público e privado. Tal dado se contradiz com as falas médicas, que relatam constrangimento e imposições feitas pelas parturientes:

O que deixa a gente chateado é paciente que chega de TP e começa a falar: “tem que fazer cesárea, tem isso” esta situação constrange o médico, a usuária vem com a cabeça de que a cesariana é a salvação do mundo. (OLIVEIRA; PENNA, 2018, p. 1308).

¹⁴ Rede Cegonha consiste em uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Uma das atividades da estratégia é a visita à maternidade na qual a gestante é referenciada ou pretende parir, para que a mesma conheça, familiarize-se e tire dúvidas, de forma que se sinta mais segura no momento da internação. Durante as visitas, as gestantes recebem orientações sobre os sinais de trabalho de parto, aleitamento materno, entre outros assuntos.

Procedimentos como a cesariana fazem parte do aprendizado de estudantes de obstetrícia, alertando que, na prática, a cirurgia não é somente indicada em casos de risco para a mulher e para o bebê, como também para ensino. O artigo 2 (SOUZA *et al.*, 2016) descreve, através de pesquisas, situações em que mulheres são objetificadas, em prol do treinamento de residentes em obstetrícia. Algumas práticas violentas observadas pela pesquisa foram: proibição de acompanhante (9,3%), falhas no esclarecimento de dúvidas (16,3%) e procedimentos obstétricos sem autorização/esclarecimentos (27,3%), sendo a episiotomia (25,5%) o mais citado.

De acordo com D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002 *apud* HOTIMSKY 2009), a socialização dos estudantes de medicina favorece o distanciamento dos alunos e dos pacientes, a naturalização das hierarquias sociais, assim como a “coisificação” dos corpos, que passam a ser vistos como objeto de treinamento. O artigo 2 (SOUZA *et al.*, 2016) aponta um estudo que observou a inserção das disciplinas de humanidades na grade curricular do ensino em saúde no Brasil, sendo a temática da humanização do cuidado um dos eixos abordados. Contudo, os alunos não demonstraram interesse no tema, considerando “desinteressante e dispensável” (SOUZA *et al.*, 2016, p. 123), em parte pela forma na qual o assunto é abordado nas aulas.

Além da relação assimétrica entre o médico e a paciente, é importante considerar a hierarquia entre os profissionais da medicina e enfermagem, que influencia diretamente na assistência prestada, pois restringe a atuação da enfermagem. O artigo 5 aborda como o parto pode ser traumático, não só para a mulher, como também para a equipe:

Alguns profissionais se irritam com a paciente, sem entender o outro lado, de fraqueza, medo, e acaba que você escuta agressões verbais, que no momento ali, não pode fazer nada. Como você vai chamar a atenção do médico na frente da paciente, sendo que ele está na frente de qualquer coisa, ele está ali para fazer o parto. Isto é ruim, porque a gente está presente e qualquer coisa que acontecer, querendo ou não você está envolvida na insatisfação da paciente e tudo mais. É esta violência verbal que acontece quando a paciente está agitada, cansada e não consegue fazer força. (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 4).

No modelo hospitalar brasileiro, a enfermagem é a categoria que dedica mais tempo aos cuidados da paciente, acompanhando-a em todos os momentos de sua internação. São as(os) enfermeiras(os), técnicas(os) e auxiliares de enfermagem que permanecem ao lado das usuárias, antes e depois de qualquer intervenção médica, monitorando a melhora ou piora do quadro de saúde da paciente, observando intercorrências e prestando cuidados que vão para além da técnica. Nota-se o sentimento de angústia e impotência na fala da enfermeira

entrevistada:

Alguns momentos na sala de parto são difíceis pra enfermagem. Porque a gente estando deste lado e a paciente do outro é complicado. Ela está sentindo dor, frágil, cansada, pedindo ajuda. Eu já presenciei fatos negativos, o que me deixa triste é quando a paciente tá no período expulsivo, e o médico e a própria enfermagem grita pra ela fazer força, diz que não é hora de ficar parada, que o neném tem que nascer, faz a manobra de Kristeller, e a gente tem que acatar o que o médico tá pedindo. (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 4).

A enfermagem obstétrica, como premissa, forma profissionais nos moldes do PHPN, logo, é inegável a contribuição para a mudança da prática obstétrica, seja através da produção científica ou da assistência (NARCHI *et al.*, 2013). Estudos apontados pelo artigo 14 (NARCHI *et al.*, 2013) comprovam que nenhum país conseguiu reduzir as taxas de mortalidade materna sem investir na formação de obstetras e enfermeiras obstetras, assim como inseri-las na atenção básica e nas instituições que atendem mulheres na fase gravídico-puerperal. Contudo, a visibilidade e a autonomia dessas profissionais ainda é um problema, sendo necessário o investimento na formação e no campo de atuação. A ampliação dos CPNs e das Casas de Parto¹⁵, por exemplo, aumentaria a atuação e a divulgação da profissão, diminuiria a demanda centralizada nas maternidades, e melhoraria os indicadores de saúde das mulheres.

A humanização do parto depende da melhoria das relações entre os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços. Para isso, são necessárias transformações significativas da formação e da valorização de novos saberes e práticas; aquisição de uma postura mais dialógica e horizontal da equipe com as pacientes; rediscussão do modelo excessivamente biológico da medicina e adoção de maior responsabilidade política e ideológica dos gestores, visando à retomada do protagonismo da mulher nos cenários supracitados (SOUZA *et al.*, 2016; FREIRE *et al.*, 2011; NARCHI *et al.*, 2013).

4.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MULHERES INSERIDAS NO ATENDIMENTO PÚBLICO E PRIVADO

Na busca de entender o cenário de assistência ao parto no Brasil, identificar os perfis socioeconômicos dos atores envolvidos, em que contexto se insere, quais são as características

¹⁵As Casas de Parto visam valorizar o fenômeno do parto e nascimento na perspectiva fisiobiológica e social. Funcionam como unidades autônomas, dispoendo de recursos materiais e humanos, adequados para prestar a assistência humanizada para as mulheres e bebês. Geralmente, são construídas em convênio com unidades de referência próximas, e se caracterizam pelo aspecto de residência, ao invés de unidade hospitalar (HADDAD, 2005).

predominantes de cada serviço e suas disparidades possibilita analisar o tema a partir dos determinantes sociais que o influenciam. Os trabalhos que abordaram essa perspectiva socioeconômica (CESAR *et al.*, 2017; OLIVEIRA; PENNA, 2018; LEÃO *et al.*, 2013; CABRAL *et al.*, 2013; FREIRE *et al.*, 2011; PIRES *et al.*, 2010; BARBOSA *et al.*, 2003; NAKANO *et al.*, 2015; GAMA *et al.*, 2009) indicam, através de métodos quantitativos e qualitativos, o perfil das mulheres atendidas nas instituições estudadas.

De modo geral, de acordo com as classificações utilizadas nos estudos, no setor público, predominam mulheres que se declaram pardas ou negras, com baixo grau de escolaridade, baixo poder aquisitivo, ao passo que, no setor suplementar, predominam as mulheres brancas, com alto grau de escolaridade e alto poder aquisitivo. As idades das entrevistadas em ambos os setores apresentam variação, sendo possível afirmar que no setor público, as mulheres engravidam mais cedo - na faixa de 18 a 30 anos -, quando comparadas ao setor privado - a maioria da faixa entre 30 e 40 anos-.

Quanto à via de parto, a discussão sobre a alta taxa de cesariana no setor suplementar cresce a cada dia no meio científico, devido a classificação do Brasil como um dos países que mais se nasce por via abdominal no mundo, disputando as mais altas estatísticas mundiais com a Nicarágua (BATISTA; RISSIN, 2018). O movimento para redução da incidência de cesarianas no Brasil está mais imposto e limitado ao setor público, mesmo que o problema seja predominante no setor privado. Isso acontece por que o setor privado tem se colocado à margem das medidas implementadas pelos programas oficiais, sem controle efetivo do Estado nos serviços da rede, onde o profissional decide sobre o tipo de parto, nem sempre atendendo às indicações de caráter clínico (CESAR *et al.*, 2017; FREIRE *et al.*, 2011).

A decisão informada, nesse cenário, também parece ser impossibilitada. Os estudos que se aprofundaram na questão da cesariana como via preferencial das mulheres (CESAR *et al.*, 2017; LEÃO *et al.*, 2013; PIRES *et al.*, 2010; BARBOSA *et al.*, 2003; NAKANO *et al.*, 2015) identificaram que a cesariana a pedido não é o que parece. Considerar que a mulher exerceu seu direito à autonomia na escolha da via de parto significa que a mesma decidiu mediante o acesso à informação adequada e forneceu consentimento esclarecido ciente dos riscos e benefícios que envolvem sua decisão.

Os resultados do artigo 9 (PIRES *et al.*, 2010) mostraram que, mesmo em um grupo de mulheres com melhor renda e escolaridade, no qual seria esperado maior clareza sobre o processo e maior poder de decisão sobre o próprio corpo, influenciando positivamente no

sentido do parto natural¹⁶ (devido às evidências científicas que desenvolvem seus benefícios), verifica-se a altíssima incidência de cesarianas.

Como mencionado na categoria anterior, a assistência na rede privada durante a gestação e parto não garante que a mulher receba mais informação e se sinta mais empoderada, apesar da condição de pagante. O artigo 12 (NAKANO *et al.*, 2015) ressalta que, na preferência da cesariana, nenhuma mulher acompanhada no setor suplementar cogitou a possibilidade de recusa médica. De fato, a recusa médica no caso da cesariana a pedido não é mencionada em nenhum dos estudos que investigaram o setor privado.

De modo geral, as mulheres que buscam atendimento no setor privado são atendidas pelo mesmo médico durante todo seu pré-natal e parto, e com isso, cria-se um vínculo no qual muitas mulheres sintam confiança na relação, ou até mesmo medo de trocar de médico na metade ou final da gestação, por mais que as informações oferecidas por ele ao decorrer do acompanhamento mostrem-se superficiais e insuficientes, ou até mesmo distorcidas (LEÃO *et al.*, 2013; FREIRE *et al.*, 2011).

O estudo 12 avaliou a normalização da cesárea como modo de nascer, realizando um estudo entre mulheres do setor privado, de classe alta, que residiam nas áreas nobres do Rio de Janeiro (Zona Sul e Barra da Tijuca, especificamente). A maioria das mulheres entrevistadas (73%, n=24) já havia decidido o parto por via cirúrgica, mesmo antes de engravidar; e as demais, quase em totalidade, fizeram essa opção logo no início da gestação. Apresentam discursos que classificam com naturalidade a cesariana como forma moderna, segura e “normal” de nascer:

Desde sempre eu quis a cesariana. Porque eu acho que no auge da tecnologia do século XXI, as pessoas quererem ter filho igual a índio não rola, entendeu? Eu mesma nunca quis o parto normal, eu sempre quis cesárea. Hoje em dia é praticamente a mesma coisa, tanto normal como cesárea toma anestesia, toma tudo. A diferença é que a pessoa fica lá horas em trabalho de parto, fazendo força e tal... estou fora! A minha cirurgia começou às 10 horas e 10h33 ela nasceu. (NAKANO *et al.*, 2015, p. 890).

Para essas mulheres, aspectos como conforto, privacidade, praticidade - como no caso do agendamento da data do parto, por exemplo - e atenção personalizada é indispensável nesta fase gravídica-puerperal, e acreditam que nisso não é disponibilizado no setor público, supervalorizando os recursos materiais e estruturais:

¹⁶ Entende-se como parto natural aquele que preserva a fisiologia do parto, sem uso de fármacos e intervenções médicas.

Eu vou te falar a verdade. Parece que a gente tá num hotel. Muito bom! Bom atendimento... A gente fica mais tranquila, dá uma segurança a mais. Profissional capacitado e ao mesmo tempo um lugar que não seja tanto um hospital, não tem aquela coisa: 'estou num hospital!'. Aquela carga negativa, de estar acontecendo alguma coisa. Lá só tem bebezinho nascendo, sabe? Todos os quatinhos com florzinha e todo mundo muito feliz, né? Outras pessoas, outros entes de família nascendo e tal, os familiares tão sempre com um sorriso, todo mundo feliz, isso acho que muda um pouco o clima. (NAKANO *et al.*, 2015, p. 895).

Diante dos estudos e discussões abordadas, é possível entender a cultura da cesárea a partir do estigma do parto normal, apresentado nas falas de algumas entrevistadas, que consideram o parto vaginal como um evento incontrolável, sangrento, doloroso, arriscado, ao mesmo tempo em que não se enxergam como um ser capaz de parir naturalmente, referindo restrições corporais, como força física, tolerância à dor, altura ou tamanho do quadril como determinantes, como se a sociedade moderna tivesse perdido as características adequadas durante sua evolução (NAKANO *et al.*, 2015). Logo, a cesárea surge como a solução de todos os problemas, naturalizando-se como a via mais segura de nascer, enquanto muitas vezes seu risco é ignorado e desconhecido:

Sempre quis cesárea. Eu nunca quis ter parto normal; eu acho que é uma agressão muito forte. Eu não queria passar por essa experiência, eu tinha medo. Medo das dores do parto, de não conseguir ir até o final do parto, ter que fazer uma cesárea em cima da hora. Acho que a televisão traz um pouco disso pra gente, a gente fica vendo aquelas pessoas gritarem, aquelas coisas horrorosas! Então eu sempre fui muito apavorada em relação a isso. Então desde o início, até antes mesmo da gravidez, sempre falei pra minha médica que eu ia querer cesárea. (NAKANO *et al.*, 2015, p. 892).

É interessante comparar as narrativas do estudo acima com o artigo 13 (GAMA *et al.*, 2009), cuja coleta de dados foi realizada em 1999, cerca de pelo menos 15 anos de diferença entre eles. As informantes do setor suplementar, que alegaram em sua maioria ter preferência pelo parto normal, justificaram tal favoritismo por valorizarem as práticas mais naturais. Percebe-se, então, que há dois movimentos nesse grupo social, o das mulheres que relatam medo ou desgosto pelo parto normal e o daquelas que se sentiram frustradas por não o terem realizado. “Conseguir” o parto normal requer resistência:

Eu tenho uma amiga que falava que eu era louca em querer ter um parto normal. Ela dizia: pra quê que eu vou passar por isso? Eu não sou índia! Eu vou lá, faço uma cesárea e pronto. Tive que ter muita força pra bancar o que eu queria. (GAMA *et al.*, 2009, p. 2483).

As representações das mulheres em relação à preferência da via de parto sofrem diversas influências, assim como suas possibilidades são limitadas por seus recursos. Durante

a presente análise, foi possível imaginar diversos cenários: mulheres que gostariam de um parto natural e tiveram um parto violento; mulheres que sequer sabiam que suas preferências poderiam ter sido consideradas no momento do parto, tamanha naturalização da relação assimétrica entre equipe e usuária; mulheres que puderam pagar e gostariam de um parto natural, mas não conseguiram; mulheres que puderam pagar e tiveram o parto que desejavam, seja ele qual for (cirúrgico ou natural domiciliar); e pensando de forma otimista, mulheres que desejaram e conseguiram o atendimento que consideraram adequado e satisfatório.

Parir respeitosamente, considerando todo o aspecto histórico, biológico e social, deve ser visto como um direito humano, e não como um bem de consumo que umas acessam e outras não.

No próximo tópico analisaremos com mais detalhes os fatores simbólicos que influem na decisão da via de parto.

4.3 A CULTURA DO RISCO OBSTÉTRICO

A terceira categoria consiste na discussão dos aspectos que envolvem o parto, no sentido prático e abstrato, e que influenciam na interpretação do evento pela sociedade. Ao analisar os estudos selecionados, destacam-se como pontos importantes das narrativas femininas o medo da dor, de sofrer violência, da fisiologia do parto normal e falta de informação (CESAR *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2016; OLIVEIRA; PENNA, 2018; OLIVEIRA; PENNA, 2017; FREIRE *et al.*, 2011; PIRES *et al.*, 2010; PORTO *et al.*, 2010; BARBOSA *et al.*, 2003; NAKANO *et al.*, 2015; GAMA *et al.*, 2009; NARCHI *et al.*, 2013).

4.3.1 Medo da dor

O medo da dor do parto vaginal aparece como principal justificativa em relação às cesarianas a pedido (OLIVEIRA; PENNA, 2018). Entende-se que, em um contexto no qual existe o aprimoramento da técnica cirúrgica, analgésicos e anestésicos encontram-se disponíveis, a possibilidade de parir sem dor se torna sedutora, assim como a praticidade do parto cirúrgico para o obstetra.

Diniz (1997), em sua dissertação de mestrado, afirma que no processo de medicalização, a maternidade era iniciada a partir da violência sexual e física da mulher, com a passagem do bebê na região genital, semelhante a um estupro invertido. Sendo assim, durante diversas décadas do século 1920, a obstetrícia que se formava - exclusivamente por homens - oferecia a

opção do apagamento através da sedação. Sendo assim, muitas mulheres nesse período, pertencentes à classe média e alta, deram à luz inconscientes.

O artigo 8 (FREIRE *et al.*, 2011) ressalta que é comum ouvir relatos de mulheres que se consideram incapazes de parir por via vaginal, devido ao estigma introjetado no subconsciente feminino e citado na categoria anterior. Desconsideram ou desconhecem alternativas para o alívio da dor, como as práticas não-farmacológicas incentivadas pela OMS. Alguns exemplos: livre movimentação durante o trabalho de parto, massagens, banhos, acupuntura, musicoterapia, entre outras:

E a gente é menos preparada mesmo para ter parto normal hoje do que era há 50 anos atrás. Fazemos muito menos esforço físico no dia a dia, então a dor de um parto normal é muito maior hoje, eu acho, do que era antigamente. Porque antigamente fica abaixada para lavar roupa, lavava roupa no rio abaixada. Então aquilo era normal, aquele movimento, aquele processo todo era normal. (NAKANO *et al.*, 2015, p. 894).

A dor é um sintoma subjetivo, sendo influenciado pelo histórico pessoal, crenças, estado emocional, e ainda, fatores hormonais (KNOBEL, 2004). Considera-se ainda, como método de alívio não farmacológico da dor, fatores externos como a presença de acompanhante e da doula¹⁷ no parto.

Segundo Knobel (2004, p. 2), “a presença da doula durante o trabalho de parto foi relacionada com menor dor, menor necessidade de analgesia, menor taxa de partos operatórios e maior satisfação com o parto em ensaios clínicos randomizados”. Muitas vezes, a mulher encontra resistência nas instituições ao solicitar a presença de seu acompanhante e de sua doula, apesar de ambos terem respaldo legal¹⁸ para acompanhar a parturiente.

Além do medo da dor, outros fatores contribuem para que as mulheres solicitem a cesariana, como medo de danificar a anatomia da vagina e interferir no desempenho sexual, e a falta de garantia ao acesso de anestésicos e analgésicos no parto normal, dependendo da instituição que a mesma pretende parir (FREIRE *et al.*, 2011). Novamente, a falta de informação interfere nas estatísticas e experiências vividas pelas mulheres. O artigo 11 (BARBOSA *et al.*, 2003) mostra que, dentre as mulheres entrevistadas que não desejavam a cesárea, mas que por algum motivo a solicitaram, a maioria absoluta (93,9%) o fez durante o

¹⁷ A palavra doula vem do grego e significa “mulher que serve”, sendo hoje utilizada para referir-se à mulher que orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com bebê. Seu papel é oferecer conforto, encorajamento, tranquilidade, suporte emocional, físico e informativo durante o período de intensas transformações que está vivenciando.

¹⁸ As leis 11.108/05 e 8.363/17, respectivamente, garantem tais direitos à mulher.

trabalho de parto e/ou parto, corroborando, a partir das narrativas, que a dor do parto foi um fator determinante para a escolha.

O artigo 13 (GAMA *et al.*, 2009) aborda as representações e vivências de mulheres quanto a dor do parto normal, tanto no setor público quanto no privado. De acordo com as entrevistadas, a aceitação da dor como aspecto intrínseco do ato de parir auxilia no processo do trabalho de parto. Apesar da dor, as entrevistadas afirmam preferir o parto normal pela possibilidade de protagonizarem o nascimento de seus filhos, já que na cesárea, a imobilização do parto e pós-parto imediato dificulta essa vivência.

4.3.2 Medo de sofrer violência obstétrica

Observa-se também, nos relatos das mulheres, que o medo do parto normal vai para além da sua fisiologia (SOUZA *et al.*, 2016; OLIVEIRA; PENNA, 2018; BARBOSA *et al.*, 2003). O repertório das mulheres participantes dos estudos, assim como no cotidiano brasileiro, é marcado por imagens negativas sobre a via vaginal, relatos de tragédias que ocorreram por “terem forçado o parto normal” em maternidades, assim como a mídia representa o parto normal como algo perigoso (NAKANO *et al.*, 2015). A característica “incontrolável” do parto vaginal assusta as mulheres, que passam a considerar a cesárea como o parto mais adequado, passível de controle por meio de planejamento e de recursos tecnológicos (NAKANO *et al.*, 2015).

Diante das duas possibilidades de via de parto, independente de qual seja, a expectativa de muitas mulheres em relação ao parto é baseada nessa assistência intervencionista, que passou a ser tida como natural ou tradicional (OLIVEIRA; PENNA, 2018).

Segundo Oliveira e Penna (2018, p. 1310):

Pelo fato de desconhecer seus direitos, por medo de ser repreendida, ou por não saberem que podem reivindicar uma melhor assistência, as mulheres entregam seus corpos, suas vidas e seus bebês aos cuidados dos profissionais de saúde. Muitas parturientes assumem 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.

Considera-se o contexto violento como mais um motivo para que a mulher esteja acompanhada da pessoa de sua preferência, uma vez que as dificuldades de se fazer ouvir num momento de dor e de vulnerabilidade reforça a necessidade de alguém que possa falar por ela (OLIVEIRA; PENNA, 2017). Entende-se que o incômodo sentido pelos profissionais

com a presença de acompanhantes pode se justificar pelo fato da equipe não se sentir totalmente à vontade para tratar a mulher como tratariam se a mesma estivesse sozinha, já que o (a) acompanhante pode configurar-se como testemunha.

Eu tenho presenciado situações negativas, principalmente pela parte médica, o médico mandar calar a boca, falar que se elas gritarem vai sair, largar elas, não vai prestar assistência, ou fazer algum tipo de medicação, para a paciente ficar um pouco mais dopada e não ter condição de estar gritando e não ficar tão histérica, então ainda existe estas situações. (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 4).

Se por um lado o artigo 11 (BARBOSA *et al.*, 2003) afirma a existência da “cultura do parto vaginal” no Brasil, o mesmo artigo indica a crescente “cultura da cesárea”, fortalecida pela desinformação das mulheres.

4.3.3 A cesariana e a falta de informação

Quanto menor o risco de complicação durante a gravidez e parto, maior a probabilidade de ocorrência de cesariana a pedido (CESAR *et al.*, 2017). O artigo 4 (OLIVEIRA; PENNA, 2018) conclui que, apesar de algumas mulheres assumirem a cesárea como escolha inicial, elas não estão sendo orientadas das vantagens e desvantagens da via de parto adequadamente e não estão conscientes dos riscos da prematuridade e outras implicações. Observa-se na fala das mulheres ao justificarem a submissão à cesárea por indicação médica, a incorporação de argumentos técnicos do campo da saúde, como parada da dilatação, rompimento uterino, infecção e perda de líquido.

Conforme o decorrer da gestação, as indicações para a cesárea vão surgindo: “bebê grande”, “bacia pequena”, “cordão enrolado”, “bebê atravessado”, “pouco líquido”, “muito líquido”, “dificuldade de dilatação”, diagnosticados pelo médico e reforçados por relatos de pessoas do meio social da gestante sobre partos difíceis: “Acho que foi no sexto ou no sétimo mês, a neném sentou e não virou mais. Ela ficou sentada na mesma posição e não virou. Aí eu tive que fazer mesmo a cesárea. A cesariana também já é tão normal que eu não me preocupei” (NAKANO *et al.*, 2015, p. 891).

O desconhecimento sobre o que esperar do parto normal proporciona às mulheres, dúvidas e inseguranças:

Eu queria cesárea mesmo. Fiquei com medo de fazer parto normal, fiquei com medo de não fazer a coisa certa na hora certa [...] Eu ouvia até queria ter coragem, eu não tive coragem mesmo, eu queria ter coragem de fazer parto normal. Eu ouvia dizer que às vezes a mãe demorava muito e a criança tomava água e ficava, sabe? Até

engolia o cocô dela mesmo, sabe essas coisas assim?! E eu ficava apavorada, daí não, quero cesárea mesmo, por não ter coragem. (PIRES *et al.*, 2010, p. 194).

Os artigos 8 e 11 (FREIRE *et al.*, 2011; BARBOSA *et al.*, 2003) relatam a fala das mulheres que tiveram seus filhos por via abdominal, e quando questionadas sobre sua satisfação, afirmaram que teriam outros partos via cesárea caso engravidassem, sob a justificativa de que, por riscos de ruptura uterina e outros fatores mencionados pelos seus médicos, uma vez que elas fossem submetidas à cesariana, seus próximos partos deveriam ser cesarianas. Esta fala mascara o real sentimento da mulher, pois não é possível determinar se as mesmas sentiram plena satisfação com a via de parto ou se sentem obrigadas a esta “escolha”.

Nesse contexto de carência de informações, as redes sociais, assim como as fontes de pesquisa virtuais, viabilizam a ampla divulgação de conhecimentos, favorecendo o empoderamento feminino com a difusão de informações técnico-científicas que antes eram monopolizadas pelo campo médico. A internet tem sido um espaço de troca e de ativismo, e sua força tem incentivado o aumento de documentários, teses, livros e outros meios sobre o assunto, o que faz com que mais mulheres se identifiquem e se sensibilizem com o tema, saindo somente do campo restrito da produção científica. Espera-se que as mulheres tenham acesso à informação de qualidade para que a visão sobre o parto e as experiências pessoais e familiares possam ser ressignificadas.

A alternativa do parto natural domiciliar vem ganhando forças no Brasil atualmente, por ser uma opção que protege a mulher contra as normas e rotinas hospitalares que se sobrepõem à sua autonomia. A prevalência de intervenções neste cenário é comprovadamente menor do que os hospitalares, assim como, apesar de poucos estudos existentes, comprova-se que a incidência de desfechos desfavoráveis nos partos domiciliares é muito baixa, reforçando a ideia de que o medo das mulheres de parir em casa é cultural (PORTO *et al.*, 2010). Muitas mulheres buscam esta alternativa, porém como não é um serviço oferecido pelo SUS, à contratação de uma equipe capacitada ainda é algo fora da possibilidade econômica da maioria das brasileiras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicalização do parto é intrínseca à medicalização social, que é descrita como um processo sociocultural complexo, na qual as vivências, as dores e os sofrimentos da sociedade passam a ser vistos na perspectiva da medicina. Tal fenômeno tem a capacidade de mudar culturalmente as populações e influencia na redução da autonomia individual e coletiva diante de questões como a saúde (LEÃO *et al.*, 2013), o que justifica a transição da mulher no cenário do parto, de protagonista a coadjuvante.

Percebe-se então, que esta problemática da atenção obstétrica no Brasil não é recente, e são muitos os aspectos que envolvem essa questão (culturais, econômicos, sociais e até individuais). Esta pesquisa passou por tópicos como pré-natal, ensino profissional, violência, tecnologia, direitos, modelos de atenção à saúde, taxa de mortalidade, acesso, entre outros, desenvolvendo, acima de tudo, a relação entre eles com o problema da escolha da via de parto. Isto mostra que não é possível recomendar uma única mudança pontual para que haja melhora, sendo necessário haver reformulações estruturais em todas as camadas, como na maneira de educar, prevenir, promover e respeitar a saúde, visando o cuidado na perspectiva da humanização.

Em geral, observa-se que os resultados do trabalho abordam contextos urbanos, particularmente das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do Brasil, sendo de extrema importância para o enriquecimento da discussão, conhecer outras cenas de parto existentes, possibilitando avaliar o impacto da medicalização nas áreas rurais, desprovidas das facilidades tecnológicas e que contam com a atuação - ainda que tímida - das parteiras tradicionais.

Os determinantes sociais mostram que as mulheres de renda mais baixa, atendidas no sistema público, percebem-se menos autônomas e mais vítimas de intervenções desnecessárias; já as mulheres com maior renda, usuárias da rede suplementar, sentem a receptividade do médico diante da cesariana a pedido, porém não se sentem informadas adequadamente durante seu acompanhamento. A falta de informação é mencionada pelas mulheres dos dois perfis, o que caracteriza a qualidade da assistência prestada.

O medo da dor e o medo de sofrer violência na hora do parto apareceram nos discursos como fatores negativos do parto normal, o que reflete o impacto da violência obstétrica na saúde e reforça a importância da informação no processo de gestar e parir.

A cesariana se destaca no cenário, trazendo a discussão sobre o modo “normal” de nascer na sociedade moderna. Altas taxas, cesarianas a pedido ou baseada em indicações não clínicas - como comodidade do agendamento e mitos-, caracterizam o novo perfil obstétrico.

A visibilidade do tema é essencial para que estimule o aumento da produção científica e a mobilização social, ambicionando que a violência obstétrica deixe de ser presente dentro das salas de parto e passe a ser debatida publicamente, dentro das instituições, mídia e em âmbito jurídico. Faz-se necessário uma postura pró-humanização do parto da sociedade civil, gestores e entidades governamentais, que prezam pela dignidade ao parir e nascer, não só como um direito à saúde, mas também como um direito à vida.

Pesquisar sobre a assistência ao parto no Brasil contribuiu profundamente para a minha formação, por me possibilitar a percepção da importância da saúde coletiva na compreensão e enfrentamento de questões tão singulares como esta. Trata-se de um tema muito discutido atualmente entre a militância e o meio científico, gerando grande problematização. No Rio de Janeiro, o Conselho Federal de Medicina do Rio de Janeiro publicou a Resolução nº 293/2019 que consiste em proibir os médicos a aderirem a qualquer documento, seja o plano de parto ou similares, que “restringam a autonomia médica na tentativa de salvaguardar o bem-estar do binômio materno-fetal” (RIO DE JANEIRO, 2019). Essa Resolução foi publicada no dia 06 de fevereiro de 2019, data na qual este trabalho foi concluído, o que nos leva a pensar na relevância de um futuro não muito promissor para a humanização do parto e da necessidade de mais pesquisas sobre a autonomia das mulheres e o papel de cada ator envolvido no parto. Quando um plano de parto se torna ameaçador para a autonomia de um médico, percebe-se o quanto a atenção à saúde da mulher está comprometida pelo modelo vigente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2018.

ALMEIDA, A. M. **Bioética e biodireito**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2000.

AMORIM, M. Estudando a cesárea desnecessária: resultados do Global Survey (OMS). **Estuda, Melania, Estuda**, 14 nov. 2012. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2012/11/estudando-cesarea-desnecessaria.html>. Acesso em: 16 jan. 2019.

ANDREZZO, H. F. A. **O desafio do direito à autonomia**: uma experiência de plano de parto no SUS. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07112016-141429/publico/HalanaFariaDeAguiarAndrezzo.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

ANGULO-TESTA, A. *et al.* Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17815.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BARBOSA, G.P. *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 546-551, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

BATISTA, F. M., RISSIN, A. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 1, p. 5-6, jan./mar. 2018.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. Constituição [1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998. Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 02 jun. 1998, p. 47-8. B.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 08 abr. 2005, n. 67, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 21 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 27 dez. 2007, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 30 jan. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 jun. 2000, p. 4-6. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de atenção Integral à Saúde da mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 24 nov. 2018.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas de corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

CIELLO, C. *et al.* (org.). **Violência obstétrica: “parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. [Brasília]: Parto do Princípio, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 8-13, 2012.

DIAS, M. A. B. *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, n. 5, p. 1521-1534, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/17.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/204921/mod_resource/content/1/genero_saude_materna.pdf. Acesso em: 30 nov. 2018.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 255 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/34010137_Entre_a_tecnica_e_os_direitos_humanos_possibilidades_e_limites_da_humanizacao_da_assistencia_ao_parto. Acesso em: 21 nov. 2018.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 959-966, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/002.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in Sao Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 12, n. 23, p. 100-110, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8467470_The_Cut_Above_and_the_Cut_Below_The_Abuse_of_Caesareans_and_Episiotomy_in_Sao_Paulo_Brazil. Acesso em: 10 dez. 2018.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1997. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

DINIZ, C. S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. São Paulo: Ed. Unesp, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a20.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2018.

DINIZ, S. G.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women’s health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 40, p. 94-101, dez. 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/179773/mod_resource/content/1/equity_and_women_s_health.pdf. Acesso em: 11 dez. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal**: a experiência da maternidade Leila Diniz. 2002. 212 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5214>. Acesso em: 30 dez. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S52-S62, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/06.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2018.

DWORKIN, R. **Levando os direitos a sério**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

- FAÚNDES, A. *et al.* Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 488-494, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21076.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.
- FERRARI, J. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, p. 473-495, 2009.
- FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. São Paulo: Edições Graal, 2010a. v. 1.
- GAMA, A. S. *et al.* Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/17.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.
- HADDAD, E. B. Revogação da liminar em desfavor à Casa de Parto no Rio de Janeiro. **Casas de Parto**, 2004. Disponível em: <http://www.casasdeparto.com.br/casasdeparto/revogacao.asp>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HENRIQUES, R. P. A medicalização da existência e o descentramento do sujeito na atualidade. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v. 12, n. 3-4, p. 793-816, set./dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v12n3-4/13.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018.
- HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 639-649, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a20v10n3.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.
- HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. 360 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/publico/sonianhotimsky.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- HOTIMSKY, S. N. *et al.* O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p.1303-1311, set./out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2018.
- HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA DO DIREITO, 1., 2009, São Paulo. **Anais eletrônicos [...]**. São Paulo: USP, 2009. Disponível em: <http://nadir.fflch.usp.br/sites/nadir.fflch.usp.br/files/upload/paginas/GT3%20Sonia%20Nussenzweig%20Hotimsky.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.

KNOBEL, R. **Métodos para alívio da dor no trabalho de parto**. [S. l.: s. n.], 2004. Disponível em: http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?Itemid=75&id=252&option=com_content&task=view. Acesso em: 20 jan. 2019

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 4, p. 283-292, 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n4/v17n4a05.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.

LEITÃO, F. J. C. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. 2010. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/12422498.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2018.

LEÃO, M. R. C. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/24.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

LEAL, M. C.; VIACAVA, F. Maternidades do Brasil. **Radis**, n. 2, p. 8-26, set. 2002.

LOPES, C. M. M. **Surgical positioning**: evidence for nursing care. 2009. 156 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

LOPES, R. C. S. *et al.* O antes e o depois: expectativas e experiências das mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2019.

LUI NETTO, A. L.; ALVES, M. R. Responsabilidade médica. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 69, n. 2, p. 75-76, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v69n2/a01v69n2.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2019.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MACEDO, J. G.; ARRAES, R. Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira. *In*: JORNADA DE SOCIOLOGIA EM SAÚDE, 7., 2013, Curitiba. **Anais eletrônicos** [...]. Curitiba: UFPR, 2013. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/portal/sociologiasaude/files/2013/12/AUTONOMIA-DA-GESTANTE-NA-ESCOLHA-DE-PARTO.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

MARTINS, C. A. *et al.* Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 360-365, 2005. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/revisao_03.htm. Acesso em: 2 fev. 2019.

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, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000389.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

MAZZONI, A. *et al.* Women's preference for cesarean section: a systematic review and metanalysis of observational studies. **BJOG**, v. 118, n. 4, p. 391-399, 2011.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 155-172, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n1/0104-5970-hcsm-23-1-0155.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. [S. l.]: OMS, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 14 jan. 2019.

PARPINELLI, M. A. *et al.* Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n. 1, p. 27-32, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n1/12134.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2018.

PASCHE, D. F. *et al.* Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 58-71, out. 2014.

PATAH, L. E. M, MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p.185-194, 2011.

RANGEL, V. M.; CAMARGO JUNIOR, K. R. A negociação de um corpo com dor: racionalidade biomédica na dinâmica ritualizada do trabalho de parto hospitalar. **Physis**, v. 26, n. 4, p. 1293-1310, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01293.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2018.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n1/5039.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2018.

REBELO, F. *et al.* High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 89, n. 7, p. 903-908, 2010. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3109/00016349.2010.484044>. Acesso em: 22 dez. 2018.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

RIBEIRO, M.; PIERANGELO, T. O corpo arregimentado: via de nascimento e discurso médico. **Revista Comunicare**, v. 15, n. 2, 2015. Disponível em: <https://casperlibero.edu.br/wp-content/uploads/2016/08/O-corpo-arregimentado-via-de-nascimento-e-discurso-medico.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

RIO DE JANEIRO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ). Resolução nº 293, de 23 de janeiro de 2019. Proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de partos ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**: parte 5: Rio de Janeiro, p. 5, 06 fev. 2019.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

RONSMANS, C.; GRAHAM, W. J. Maternal mortality: who, when, where, and why. **The Lancet**, v. 368, n. 9542, p. 1189- 1200, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/lite/publication/PublicationResourcesSummary.requestFulltext.html?publicationId=6782854&ev=su_requestFulltext. Acesso em: 28 nov. 2018.

SANTOS, J. F. K. Parto normal ou cesárea. **Folha de São Paulo**, 18 set. 2008. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1809200808.htm>. Acesso em: 3 jan. 2019.

SANTOS, M. J. D. S. **Nascer em Casa**: a desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde, Medicina e Sociedade) – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2012. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4684/1/Nascer%20em%20casa.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SEROUR, G. I. Safe motherhood: FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 94, n. 2, p. 167-168, 2006.

SILVA, D. M.; SERRA, M. C. M. 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, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://index.law.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/2586/pdf>. Acesso em: 13 dez. 2018.

SILVA, D. O. *et al.* O desejo da mulher em relação à via de parto: uma revisão de literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 3, n. 1, p. 103-114, nov. 2015. Disponível em: periodicos.set.edu.br. Acesso em: 01 out. 2018.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0424.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102. Acesso em: 23 nov. 2018.

SOUZA, J. P. Maternal mortality and development: the obstetric transition in Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 12, p. 533-535, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n12/01.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde: saberes e sentidos**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

TORRES, J. A. *et al.* Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl., p. S220-S231, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0220.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2018.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2018.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 08 dez. 2018.

VIANA, R. C. *et al.* Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. **Comunicação em Ciências Saúde**, v. 22, supl. 1, p. S141-S152, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 13 dez. 2018.

WEIDLE, W. G. *et al.* Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nursing Research**, v. 54, n. 1, p. 56-62, jan./feb. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, and the United Nations Population Division**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf. Acesso em: 02 dez. 2018.

ZORZAM, B. A. O. **Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**. 2013. 223 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10112013-223016/publico/BiancaAlves.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TABELA DE ARTIGOS

Nº	Ref. bibliográfica	Metodologia/ Área de publicação	Objetivos	Resultados	Categoria de análise
1	Cesar JA <i>et al.</i> Cesariana a pedido: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 17 (1): 107-113 jan-mar., 2017	Quantitativo/ Saúde Materno-Infantil	Medir a prevalência e identificar fatores associados a ocorrência de cesarianas a pedido no município de Rio Grande, RS.	Dentre as 2.557 parturientes incluídas no estudo, 51,6% (IC95%:49,6%-53,5%) foram submetidas à cesariana, sendo 10,7% (IC95%:9,0%-12,4%) a pedido. Após ajuste obedecendo modelo hierárquico prévio, mostraram-se significativamente associadas ao desfecho as variáveis escolaridade materna, renda familiar, tipo de internação (público ou privada) e ter sido atendida pelo mesmo médico durante todo o pré-natal. as RP obtidas mostram que a probabilidade de ocorrência de cesariana a pedido foi substancialmente maior entre mães que apresentam os menores riscos de complicações durante a gravidez e o parto.	Perfil socioeconômico das mulheres/ Cultura do Risco Obstétrico
2	Souza AB <i>et al.</i> Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 25(3):115-128, set./dez., 2016	Revisão integrativa/ Psicologia	Realizar revisão integrativa da literatura sobre os fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional e apresentar as principais evidências encontradas nos artigos selecionados.	Diante da análise dos estudos, constatou-se que os profissionais descritos como promotores da violência obstétrica foram os médicos, equipe de enfermagem e estudantes de medicina. Os resultados encontrados foram sistematizados e discutidos por meio de cinco categorias: (1) formação dos profissionais de saúde; (2) prática de episiotomia sem recomendação clínica; (3) medicalização excessiva do parto; (4) anulação do direito ao acompanhante; (5) despreparo institucional e ritmo de trabalho alienante associado à precariedade de recursos. Não se deve tirar o direito da mulher de ser protagonista de sua história, com acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas.	Relação assimétrica/ Cultura do Risco Obstétrico

3	<p>OLIVEIRA V. J. O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres. / Virgínia Junqueira Oliveira. - - Belo Horizonte: 2016</p>	<p>Qualitativo/ Enfermagem</p>	<p>Analisar os discursos sobre a assistência ao parto na perspectiva de mulheres/puérperas e profissionais de saúde de uma rede pública, considerando as interações vivenciadas durante o trabalho de parto e parto.</p>	<p>A partir do estudo de campo a autora produziu 5 artigos relacionados à temática e organizaram-se nas seguintes categorias: a) o discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde; b) o ethos e o pathos na sala de parto; c) a discursividade do parto humanizado; d) cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. Os temas que surgiram revelaram uma violência presenciada e silenciada, na narrativa dos enfermeiros, semelhante à perspectiva das mulheres ao discursarem sobre violência consentida. Contrapõe-se ao discurso médico, que negligencia esse fenômeno na relação medicoparturiente. A análise dos dados permite inferir que as imagens preconcebidas e estereótipos são determinantes na constituição do ethos tanto da parturiente quanto do profissional médico e da enfermeira. O discurso da humanização é percebido como um modismo que se restringe à utilização de práticas alternativas. Para as parturientes, o tipo de parto é determinado pelo médico e as mulheres não são proativas. 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 de o médico adotar conduta acolhedora, informando às mulheres sobre os benefícios e prejuízos implicados na escolha do modo de nascer.</p>	<p>Relação assimétrica/ Perfil socioeconômico/ Cultura do Risco Obstétrico</p>
4	<p>OLIVEIRA, V.J., PENNA, C. M. DE M. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1228-36.</p>	<p>Qualitativo/ Enfermagem</p>	<p>Analisar os discursos sobre escolha da via de parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública</p>	<p>Constituíram-se as categorias: a) a cesárea não é indicada - a gente vai de parto normal; b) a complexidade da escolha da via de parto; c) é preciso legitimar a escolha da mulher. Na perspectiva das parturientes o tipo de parto é determinado pelo médico e as mulheres não são proativas. 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 de o médico adotar uma conduta acolhedora, informando às mulheres sobre os benefícios e prejuízos implicados na escolha da forma de nascer.</p>	<p>Relação assimétrica/ Perfil socioeconômico/ Cultura do Risco Obstétrico</p>

5	<p>OLIVEIRA, V.J., PENNA, C. M. DE M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm, 2017; 26(2):e06500015</p>	Qualitativo/ Enfermagem	<p>Analisar os discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto, considerando as situações vivenciadas e as interações construídas entre eles durante o trabalho de parto e parto.</p>	<p>Os dados estão organizados em três categorias: a) a violência obstétrica presenciada no discurso da enfermeira obstetra - que discute que, mesmo reconhecendo a existência desta, fala da dificuldade de garantir os direitos das parturientes na cena do parto; b) hoje tudo é violência obstétrica: mostra a negação da existência desse fenômeno na relação profissional - paciente; c) aqui a gente não tem voz: há violência obstétrica, porém existe certo consentimento por parte das mulheres que, na hora do nascimento, esquecem a forma da assistência recebida. Concluiu-se que o tratamento hostil constitui um dos obstáculos à humanização da assistência ao parto, interferindo na escolha da via de parto, sendo necessário rever o conceito de violência obstétrica, considerando todas as suas especificidades e nuances.</p>	<p>Relação assimétrica/ Cultura do Risco Obstétrico</p>
6	<p>LEÃO, M. R. C <i>et al.</i> Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciência & Saúde Coletiva, 18(8):2395-2400, 2013</p>	Qualitativo/ Saúde Coletiva	<p>Refletir sobre o excesso de cesarianas no Brasil, em uma perspectiva crítica e propositiva.</p>	<p>Evidências epidemiológicas demonstram que o Brasil vive um cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas. A ampliação da autonomia da mulher no processo de gestação e parto apresenta-se como uma possibilidade de enfrentamento dessa realidade, marcada pela medicalização e contraproduzibilidade. As redes e os movimentos sociais destacam-se como possíveis promotores da autonomia das mulheres. O apoio mútuo e o compartilhamento de experiências exitosas de parto parecem contribuir para a construção de relações mais igualitárias entre as mulheres e os profissionais de saúde. A participação nesses movimentos tem possibilitado uma mobilização coletiva das mulheres no sentido de reivindicarem seus direitos na sociedade. Investigações científicas são necessárias para identificar e compreender as experiências de parto das mulheres que integram esses movimentos, a fim de revelar como contribuem para o exercício da autonomia nesse processo e para evitar cesarianas indesejadas e desnecessárias.</p>	<p>Perfil socioeconômico das mulheres</p>

7	<p>CABRAL, F. B. <i>et al.</i> Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(2):281-7.</p>	<p>Qualitativo e exploratório-descritivo/ Enfermagem</p>	<p>Conhecer a percepção de puérperas sobre atendimento em serviço de pré-natal</p>	<p>Os dados evidenciam uma contradição relativa às proposições do MS, que preconiza a descentralização, humanização, integralidade e equidade, corroboradas pelos pressupostos do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), da Política Nacional de Humanização e do Pacto pela Vida em Defesa do SUS. Possivelmente, essa contradição se justifique pelo incipiente processo de organização e estruturação de algumas equipes da ESF no município em estudo. Essa situação é problemática na medida em que dificulta, de certa forma, o acesso das mulheres-gestantes que necessitam se deslocar de sua unidade de saúde de referência (território a que estão adscritas) até o centro da cidade para atendimento pré-natal, sendo que a proximidade geográfica com a residência da gestante constitui-se como critério para o local de realização desse acompanhamento segundo o PHPN. Além das implicações advindas da dificuldade de acesso relatada pelas participantes, há, ainda, a descontinuidade da atenção e a fragmentação do vínculo com os profissionais da ESF que, até então, eram referência no cuidado à sua saúde, impondo às usuárias do SUS a necessidade de vinculação com uma nova equipe que, logo no puerpério, também será interrompida. Ainda que não seja uma constatação das puérperas, é possível inferir, a partir de seus depoimentos que, na dinâmica das consultas no pré-natal, o componente informativo não foi um aspecto priorizado, tanto na rede suplementar, como na atenção básica. Ao conferir visibilidade à necessidade de produção de espaços mais privilegiados de escuta na relação profissional-usuário, essa problemática também sinaliza a urgência de investimentos no componente relacional do cuidado. Desde essa perspectiva, cabe aos gestores, serviços de saúde e profissionais incorporarem a dimensão educativa no processo de cuidar em saúde, perpassando todo e qualquer planejamento e proposição da programação em saúde das Equipes/Serviços ou das políticas públicas setoriais e/ou intersetoriais.</p>	<p>Relação assimétrica/ Perfil socioeconômico</p>
---	---	--	--	---	--

8	<p>FREIRE, N. C. <i>et al.</i> Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 3, p. 237-247, set./dez. 2011</p>	Qualitativa/ Enfermagem	Descrever o processo de tomada de decisão das mulheres sobre a via de parto	Os resultados obtidos revelaram que, no grupo estudado, a opção pela via de parto ocorreu de diferentes formas: delineada antes da gravidez, construída ao longo da gravidez, ou simplesmente não ser claramente definida até o final da gestação. Considerando que a maior parte das depoentes tinha nível superior completo e todas as mulheres entrevistadas exerciam atividades extradomiciliares, a decisão, para algumas delas, sofreu interferência da necessidade de programação da data do parto e do planejamento da licença maternidade. Para outras, a escolha da via de parto foi influenciada pelas falas de mulheres próximas, por experiências prévias, pelo acesso às informações, o medo de enfrentar algo desconhecido (principalmente o medo da dor), ou pela personalidade e natureza feminina.	Relação assimétrica/ Perfil socioeconômico/ Cultura do Risco Obstétrico
9	<p>PIRES, D. <i>et al.</i> A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (2): 191-197 abr. / jun., 2010</p>	Qualitativo e exploratório-descriptivo/ Saúde Materno Infantil	O estudo é um recorte de uma pesquisa multicêntrica realizada em três capitais da Região Sul do Brasil que focaliza as experiências de usuárias da rede suplementar, buscando contribuir na compreensão da influência da assistência profissional na escolha do tipo de parto realizado neste segmento	Os resultados mostraram alta incidência de parto cesáreo e entre os fatores que contribuíram para este fenômeno identificou-se a medicalização do processo gravidez-parto, o medo da dor, a conveniência da data marcada e um processo de negociação/orientação que se estabelece entre a gestante e seus familiares e o profissional médico, fortemente influenciado pelo vínculo de confiança dessa relação. Fatores culturais, experiências anteriores, relações familiares e a assistência pré-natal baseada na biomedicina também influenciaram a favor do parto cesáreo	Relação assimétrica/ Perfil socioeconômico/ Cultura do Risco Obstétrico

10	<p>PORTO, A. M. F. <i>et al.</i> Assistência do primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. FEMINA. Outubro 2010. vol 38. nº 10.</p>	<p>Revisão sistemática/ Medicina</p>	<p>Oferecer recomendações baseadas em evidências para a assistência ao primeiro período do trabalho de parto em gestações de baixo risco, contemplando o diagnóstico do trabalho de parto e recomendações, como intervenções maternas, propedêutica fetal, utilização do partograma e manejo ativo do trabalho de parto.</p>	<p>No Brasil, a maioria dos partos assistidos em hospitais é feita por médicos obstetras, porém estudos sugerem uma maior necessidade de medicalização do parto, quando o médico é o responsável pela paciente. Ressalta-se a importância de definir e classificar a paciente quanto ao risco do parto, no início e durante o trabalho de parto, particularmente nos partos assistidos por parteiras e enfermeiras. O jejum, enema, punção venosa e infusão de líquidos e tricotomia, rotinas realizadas frequentemente no passado, atualmente não são mais recomendadas. A deambulação, no entanto, deve ser estimulada. O partograma é recomendado para identificação de possíveis anormalidades na evolução do parto, principalmente em países mais pobres. O método de escolha para avaliação da vitalidade fetal intraparto é a ausculta fetal intermitente. Apesar de não existirem ensaios clínicos específicos sobre qual o melhor protocolo para essa monitorização, recomenda-se que a ausculta fetal intermitente seja realizada nas pacientes de baixo risco, a cada 15 a 30 minutos no período da dilatação e a cada cinco minutos no período expulsivo. O manejo ativo do trabalho de parto com utilização de ocitocina e amniotomia precoce deve ficar reservado a casos selecionados, não sendo recomendados de rotina na prática obstétrica. O alívio da dor em obstetrícia é motivo de vários estudos. Dentre os métodos não farmacológicos, a hipnose, acupuntura e imersão em água podem ser utilizadas para essa finalidade. Por outro lado, a audioanalgesia, aromaterapia, massagem, relaxamento, biofeedback e TENS devem ser reservados a protocolos de pesquisa, não havendo evidências suficientes para sua prática de rotina. As analgesias de parto peridural e combinada podem ser utilizadas para alívio da dor do trabalho de parto sem efeitos adversos sobre a mãe e o feto.</p>	<p>Cultura do Risco Obstétrico</p>
----	---	--------------------------------------	--	--	------------------------------------

11	<p>BARBOSA, G. P. <i>et al.</i> Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6):1611-1620, nov-dez, 2003</p>	<p>Quantitativo-qualitativo/ Saúde Pública</p>	<p>Investigar a existência de uma “cultura de cesárea”, ou preferência por este tipo de parto, através de uma amostra de 909 puérperas (454 vaginais e 455 cesáreos) em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro.</p>	<p>Não encontrou diferenças importantes em tre as duas maternidades no que diz respeito às características sociais das mulheres nem entre os tipos de parto. Tratava-se de uma população com baixa escolaridade (a maioria tinha o ensino fundamental incompleto), baixo poder aquisitivo (cerca de 75% tinham renda per capita de até R\$ 200,00 por mês), sem trabalho remunerado (seja ele formal ou informal) e que residia com companheiro. A maioria das mulheres tinha entre 20 e 34 anos no momento da pesquisa. Apesar das semelhanças, sabe-se que as maternidades têm características diferentes no que diz respeito ao perfil de risco das pacientes internadas. A maternidade pública dispõe de unidade neonatal, com leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e Unidade Intermediária (UI), constituindo, por isso, referência para pacientes de risco, com prematuridade de em cerca de um quarto dos partos. A maternidade conveniada pode ser caracterizada como de baixo risco, tendo pequeno índice de prematuridade e de gestantes de risco. Ambas têm um grande volume de partos por mês e mais de 1.000 partos por ano cada uma. Para caracterizar a preferência das mulheres pelo tipo de parto, utilizamos dados obtidos por meio das perguntas feitas às 909 mulheres entrevistadas nas duas maternidades, bem como pela análise das entrevistas semiestruturadas com as 24 mulheres que tinham experiência com os dois tipos de parto.</p>	<p>Relação assimétrica/ Perfil socioeconômico/ Cultura do Risco Obstétrico</p>
----	---	--	---	---	--

12	<p>NAKANO, A. R. <i>et al.</i> A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. <i>Physis Revista de Saúde Coletiva</i>, Rio de Janeiro, 25 [3]: 885-904, 2015</p>	<p>Qualitativa/ Saúde Coletiva</p>	<p>Discutir o desenvolvimento de uma cultura material em torno do parto e do nascimento em um contexto de utilização maciça de inovações tecnocientíficas e explorar a hipótese da normalização da cesariana como modo de nascer, através da análise de relatos de mulheres que realizaram cesáreas em maternidades privadas do Rio de Janeiro e São Paulo.</p>	<p>O artigo mostra que a disposição das mulheres para a cesariana está em consonância com o que é oferecido pelo mercado, já que fatores como conforto, infraestrutura, recursos tecnológico e humanos são fatores importantes para elas, assim como a previsibilidade proporcionada pelo agendamento da cirurgia e consideração da cesariana como método “seguro” de parir, a “beleza” e “praticidade” da cesárea opondo-se às imagens relatadas sobre o parto vaginal como doloroso, “degradante e estigmatizante para o ser humano”, já que alegam não existir a necessidade de “parir como índia” nos dias de hoje devido ao recurso da cesariana. Os autores também concluem que as mulheres entrevistadas reivindicam para si o poder das escolhas feitas no processo de nascimento de seus filhos, e sentem-se privilegiadas por poderem burlar determinações atribuídas à natureza de seus corpos. Suas narrativas não demonstram imposição médica ou qualquer tipo de constrangimento. Destaca-se a questão da gestão da vida produtiva e reprodutiva de dimensão sócio-afetiva e de consumo. Destaca-se nas afirmativas das entrevistadas que o parto denominado “normal” não lhes parece tão normal assim. O artigo encerra afirmando que, apesar das entrevistadas ocuparem espaço sócio-econômico comum (classe alta), as mudanças nas práticas culturais do parto não se limitam somente às mulheres de classes mais abastadas.</p>	<p>Perfil socioeconômico das mulheres/ Cultura do Risco Obstétrico</p>
----	--	------------------------------------	---	---	--

13	<p>GAMA, A. S. <i>et al.</i> Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2480-2488, nov, 2009</p>	Qualitativa/ Saúde Pública	<p>Analisar as diferentes representações e experiências das mulheres quanto ao parto vaginal e cesárea, bem como investigar a natureza das relações profissionais de saúde/ usuárias no contexto institucional em que estão inseridas, supondo que contribuem para a manutenção de altas taxas de cesárea e de outras intervenções no parto, nos diferentes modelos de organização dos serviços: público, conveniado com o SUS e privado.</p>	<p>A pesquisa desenvolvida confirma os resultados de outras análises 12 que apontam para a preferência feminina pelo parto normal como uma vivência de protagonismo e de maior satisfação na cena do parto. Os modelos de organização dos serviços público e privado apresentam variações que produzem diferentes tipos de assistência e de relação entre os profissionais de saúde e usuárias, dando forma a experiências distintas entre as mulheres pesquisadas. As diferenças em torno do manejo da dor no trabalho de parto, a relação de continuidade entre pré-natal e parto e a confiança estabelecida entre médicos e pacientes do setor privado foram atributos importantes destacados pelas mulheres. Todavia, ao buscarmos compreender como ilustrativos de uma ótica de gênero na atenção ao parto aspectos como maior conhecimento e apropriação por parte das mulheres de seus processos corporais e possibilidade de escolha na assistência em saúde, verificamos que faltam a todas elas as informações fundamentais para que vivenciem com segurança e autodeterminação o parto. Apesar das diferenças evidenciadas, a maior parte das mulheres dos dois grupos sociais não tem conhecimento sobre as informações que deveriam receber no parto, vivenciam relações assimétricas com os profissionais de saúde e não apresentam condições para tomar decisões autônomas. Além disso, a cultura do risco obstétrico e do medo do parto normal, evidenciada com diferentes nuances conforme o vínculo com o profissional e a instituição, gera grandes dificuldades para aquelas mulheres que desejam contorná-la. Os resultados mostram as contradições existentes na relação profissional de saúde/usuárias, mediadas pelas questões de gênero presentes na assistência ao parto e pela natureza dos serviços. As mulheres apresentam algumas críticas ao que fazem ou fizeram com elas. No entanto, fica evidente a pouca margem de manobra que possuem dado o caráter da atenção ofertada. Apesar dos aspectos em comum, traços específicos as diferenciam e precisam ser conhecidos para que possam ser traçadas</p>	<p>Relação asimétrica/ Perfil socioeconômico das mulheres/ Cultura do Risco Obstétrico</p>
----	---	----------------------------	---	---	--

				<p>estratégias direcionadas a cada perfil de organização de serviços.</p> <p>Podemos afirmar que a assistência ao parto permanece submetendo quem deve ser sujeito e reproduzindo o projeto da medicalização – mesmo que este processo se manifeste de formas diferenciadas entre os grupos estudados –, o que reduz o campo da assistência e inviabiliza um lugar de poder diferenciado das usuárias, bem como sua conscientização, autonomia e exercício de seus direitos em saúde.</p>	
--	--	--	--	---	--

14	<p>Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2013;18(4):1059-1068.</p>	<p>Qualitativa/ Saúde Coletiva</p>	<p>Oferecer subsídios teóricos que sustentem a proposta de que a promoção da maternidade segura requer a efetiva participação de obstetrias e enfermeiras obstetras, profissionais que, a partir da perspectiva da promoção da saúde, podem colaborar na constituição de uma rede efetiva de cuidados, cuja premissa básica seja a atenção humanizada e baseada em evidências científicas a fim de melhorar a experiência da mulher e da família no processo de gestação, parto e pós-parto.</p>	<p>No Brasil, um dos desafios do momento é buscar estratégias efetivas de inserção e valorização de O e EO devidamente capacitadas para promover atenção humanizada e baseada em evidências científicas, cuja premissa básica seja a de estar com a mulher e a família, melhorando sua vivência no processo de gestação, parto e pós-parto. Buscar parcerias, fortalecer órgãos de classe, unir esforços, atuar politicamente, refletir sobre a prática, atualizar-se continuamente, ser flexível e aceitar inovações, colaborar com outros agentes de saúde e com a comunidade, contribuir para a mudança do modelo de atenção, são elementos imprescindíveis para a devida valorização e inserção dessas profissionais na promoção da gravidez segura, no incentivo ao parto normal e seguro, na prática orientada por revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, no estar com a mulher de forma a garantir-lhe os direitos sexuais e reprodutivos e o devido suporte e apoio. Considera-se fundamental conduzir a assistência obstétrica menos complexa de volta à comunidade, provendo instalações adequadas e profissionais com as competências necessárias, o que significa dizer que urge criar maior número de Centros de Parto Normal extra ou intra-hospitalares coordenados por O e EO, profissionais que, a partir da perspectiva da promoção da saúde, podem colaborar na constituição de uma rede mais efetiva de cuidados.</p>	
----	---	------------------------------------	--	--	--