



Autonomia das mulheres no parto

Women's autonomy in childbirth

La autonomía de la mujer en el parto

Bárbara Dias Rezende Gontijo¹, Mayla Silva Borges¹, Juliana Pereira da Silva Faquim¹, Efigênia Aparecida Maciel Freitas¹, Helena Borges Martins da Silva Paro¹, Emerson Piantino Dias¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar o exercício da autonomia na não escolha da via de nascimento entre mulheres grávidas. **Métodos:** Estudo qualitativo, realizado a partir de quatro grupos focais, com 31 gestantes primigestas e não primigestas em um município de Minas Gerais. Fizemos análise lexical através de Nuvem de Palavras e Árvore de Similitude. **Resultados:** As mulheres não se sentem participativas nem respeitadas na escolha da via de nascimento e suas decisões não são pautadas no exercício da autonomia. A maioria das mulheres apresenta preferência por uma das vias de nascimento, entretanto, suas “escolhas” esbarram na imposição profissional, na falta de disponibilidade para acompanhar o trabalho de parto e parto, no receio de vivenciar uma experiência ruim e nas indicações falaciosas de cesariana. Por não terem escolha, as mulheres optam pela “cesárea a pedido” visando fugir da violência obstétrica. Existe uma “autonomia limitada”, exercida sem conhecimento prévio dos riscos e benefícios de cada modo de nascer. **Conclusão:** Na perspectiva das parturientes, o modo de nascer é determinado pelos profissionais que assistem o parto e as mulheres não têm exercido autonomia nessa decisão. Há um retrocesso no reconhecimento dos direitos femininos que impossibilita o exercício pleno da autonomia no trabalho de parto e nascimento.

Palavras-chave: Autonomia pessoal, Decisões, Trabalho de parto, Parto, Cesárea, Violência obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the exercise of autonomy in not choosing the route of birth among pregnant women. **Methods:** Qualitative study carried out using four focus groups, with 31 primiparous and non-primiparous pregnant women in a municipality in Minas Gerais. We carried out lexical analysis using Word Cloud and Similitude Tree. **Results:** Women do not feel participatory or respected in choosing the birth route and their decisions are not based on the exercise of autonomy. Most women have a preference for one of the birth methods, however, their “choices” come up against professional imposition, the lack of availability to monitor labor and delivery, the fear of having a bad experience and the fallacious indications for a cesarean section. Because they have no choice, women opt for a “cesarean section on request” in order to escape obstetric violence. There is “limited autonomy”, exercised without prior knowledge of the risks and benefits of each way of being born. **Conclusion:** From the perspective of parturient women, the way of birth is determined by the professionals who attend the birth and women have not exercised autonomy in this decision. There is a setback in the recognition of women's rights that makes it impossible to fully exercise autonomy in labor and birth.

Keywords: Personal autonomy, Decision, Labor obstetric, Parturition, Cesarean section, Obstetric violence.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el ejercicio de la autonomía en la no elección de la vía del parto entre las mujeres embarazadas. **Métodos:** Estudio cualitativo, realizado mediante cuatro grupos focales, con 31 gestantes primíparas y no primíparas de un municipio de Minas Gerais. Realizamos análisis léxico utilizando Word Cloud y Similitude Tree. **Resultados:** Las mujeres no se sienten participativas ni respetadas en la elección de la vía

¹ Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia - MG.

del parto y sus decisiones no se basan en el ejercicio de la autonomía. La mayoría de las mujeres tienen preferencia por uno de los métodos de parto, sin embargo, sus "elecciones" chocan con la imposición profesional, la falta de disponibilidad para monitorear el parto, el miedo a tener una mala experiencia y las indicaciones falaces de una cesárea. Como no tienen otra opción, las mujeres optan por una "cesárea a pedido" para escapar de la violencia obstétrica. Existe una "autonomía limitada", ejercida sin conocimiento previo de los riesgos y beneficios de cada forma de nacer. **Conclusión:** Desde la perspectiva de las parturientas, la forma de parto está determinada por los profesionales que asisten al parto y las mujeres no han ejercido autonomía en esta decisión. Hay un retroceso en el reconocimiento de los derechos de las mujeres que imposibilita el ejercicio pleno de la autonomía en el parto y el nacimiento.

Palabras clave: Autonomía personal, Decisiones, Trabajo de parto, Parto, Cesárea, Violencia obstétrica.

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto passou por transformações significativas ao longo dos anos, com o parto fisiológico cedendo lugar a uma abordagem cada vez mais medicalizada e intervencionista. O modelo biomédico contribuiu para que as mulheres perdessem sua autonomia e protagonismo no momento do parto, aumentando a assimetria entre profissionais e usuárias (SANTOS RAA, et al., 2015). Um reflexo da medicalização do parto é o aumento do número de cesáreas realizadas em todo o mundo, que transformou a cesariana na cirurgia mais comum entre mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O Brasil possui um dos maiores índices de cesarianas, o que representa uma verdadeira epidemia. A partir dos anos 80, alguns autores previram a tendência de ascensão das cesáreas nas sociedades ocidentais, ficando o Brasil entre os recordistas mundiais na realização desse procedimento de forma eletiva (BARROS FC, et al., 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Em 2015, o país atingiu a taxa de 55,5% de cesarianas, muito além dos 15% de cesáreas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Para justificar as altas taxas de cesariana, os profissionais frequentemente atribuem o número elevado de partos cirúrgicos ao desejo das mulheres, expresso através da opção pela "cesárea a pedido". Entretanto, estudos apontam que o excesso de cesarianas pode ser atribuído à comodidade médica, à disseminação da cultura do medo do parto normal, e da dor, e ao desconhecimento dos riscos e benefícios de cada via de nascimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; DEMONTIS R, et al., 2011).

Devido às suas especificidades, relacionadas a aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos, o parto deve ter a assistência centrada nas necessidades das mulheres, considerando seus direitos e a sua participação ativa no processo de parturição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Entretanto, esses direitos vêm sendo violados, visto que o modelo assistencial vigente é marcado pela desapropriação do corpo das mulheres, inviabilizando o exercício da autonomia (RISCADO et al., 2016).

Sob a ótica da assistência à saúde, a autonomia é definida como o direito do paciente de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que nele podem ser realizados (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2016). No campo da bioética, para garantir o pleno exercício da autonomia das mulheres em decidir sobre sua saúde e bem-estar, é preciso primeiramente orientá-las sobre os benefícios do parto normal e os riscos da cesárea (PORTO D e GARRAFA V, 2005).

Dessa maneira, fica clara a necessidade da centralidade da mulher em estudos que avaliem sua participação nas decisões sobre a via de nascimento. No entanto, a escassez de estudos que utilizam a perspectiva da mulher como objeto de análise é reflexo do desinteresse em ouvir as mulheres quanto a sua participação nas decisões sobre o seu corpo. Este estudo analisa o exercício da autonomia na (não) escolha da via de nascimento na perspectiva de mulheres brasileiras grávidas.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa, transversal, com amostragem não probabilística, composta por 31 gestantes, primigestas e não primigestas, com faixa etária entre 18 e 41 anos. Foram realizados quatro

Grupos Focais (GFs) compostos por seis a 12 gestantes de quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) da rede pública, localizadas em diferentes distritos sanitários de um município do interior do Estado de Minas Gerais, com aproximadamente 700 mil habitantes. O convite para participação dos GFs foi impresso e entregue às gestantes pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada uma das UBSFs durante as visitas domiciliares. Foram incluídas no estudo todas as gestantes maiores de 18 anos de idade que aceitaram o convite para participação na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participaram dos GFs realizados entre agosto a dezembro de 2019.

Para análise dos dados foi utilizado o software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ). A heterogeneidade dos grupos foi pretendida visando observar grande quantidade de interações a respeito do tema em um período de tempo limitado, visando a pluralidade de ideias a partir da ênfase na interação dentro do grupo (GUI R, 2003; BARBOUR, 2009). Para caracterização da amostra, foi aplicado às mulheres um questionário semiestruturado, construído e revisado quanto à forma e conteúdo por especialistas na temática. Foi realizado um estudo piloto para testar o instrumento, cronometrar o tempo das entrevistas e avaliar os aspectos funcionais como pertinência, organização, clareza das questões de modo a corrigir e melhorar possíveis dificuldades durante a aplicação definitiva do questionário.

A primeira parte do questionário contou com dados pessoais e a segunda parte, com dados obstétricos. Para condução dos GFs foi utilizado um roteiro de debate com questões-chave relacionadas à preferência da via de nascimento; fatores facilitadores e dificultadores do parto vaginal. A sequência das questões se deu com base na técnica de saturação (TRAD, 2009). As reuniões ocorreram em salas privativas das UBSFs, com duração aproximada de 60 minutos. Todos os GFs foram gravados (áudio e vídeo) e transcritos na íntegra. A dinâmica do GF incluiu a apresentação dos participantes, dos objetivos da pesquisa e do tema que seria discutido. As respostas dos formulários foram submetidas à análise lexicográfica, por meio do software IRAMUTEQ, pelos métodos de Nuvem de Palavras e Análise de Similitude.

A análise lexical foi realizada a partir das palavras mais frequentes fornecidas nos segmentos de texto. O vocabulário foi identificado e quantificado em relação à frequência e à posição no texto (JUSTO AM e CAMARGO BV, 2013). O corpus gerado a partir da transcrição das falas formou um único arquivo composto por 30 Unidades de Contexto Inicial (UCI) e 411 Unidades de Contexto Elementar (UCE). Após o processamento das falas tivemos 85,89% de aproveitamento do corpus. A nuvem de palavras possibilitou a identificação dos vocábulos mais relevantes a partir do corpus. O vocabulário foi identificado e quantificado em relação à frequência e posição no texto (JUSTO AM e CAMARGO BV, 2013).

A árvore de similitude permitiu a visualização da conexão entre as palavras e identificou aquelas com maior frequência e co-ocorrência no *corpus* (itens lexicais centrais), e as palavras próximas a esses (itens lexicais periféricos). Foi realizada a busca dos itens lexicais centrais e suas palavras periféricas no *corpus* para selecionar os segmentos da mensagem condizentes aos termos e realizar a interpretação dos núcleos de sentidos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia sob o número 2.462.012 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE de número 47203215.5.0000.5152, o estudo foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinque (2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 31 mulheres gestantes, com idades entre 18 e 41 anos. Predominaram mulheres casadas ($n = 16$, 52%), pardas ($n = 19$, 61%), com ensino fundamental completo ($n = 14$, 45%) e ocupação do lar ($n = 08$, 26%). Com relação à história obstétrica, 11 mulheres (35%) eram primigestas, 18 mulheres (58%) não tinham parto vaginal anterior e três (10%) tinham um parto vaginal anterior. A maioria das mulheres ($n = 20$, 64%) não tinha cesárea anterior (**Tabela 1**). Quanto à escolha prévia da via de nascimento, 16 mulheres (52%) relataram preferência pelo parto vaginal sem intervenções, 10 (32%) relataram preferência pela cesariana após entrar em trabalho de parto e cinco (16%) pela cesárea agendada/sem entrar em trabalho de parto (**Tabela 1**).

Tabela 1- Características sociais e obstétricas das mulheres (n=31). Uberlândia, Minas Gerais, Basil, 2021.

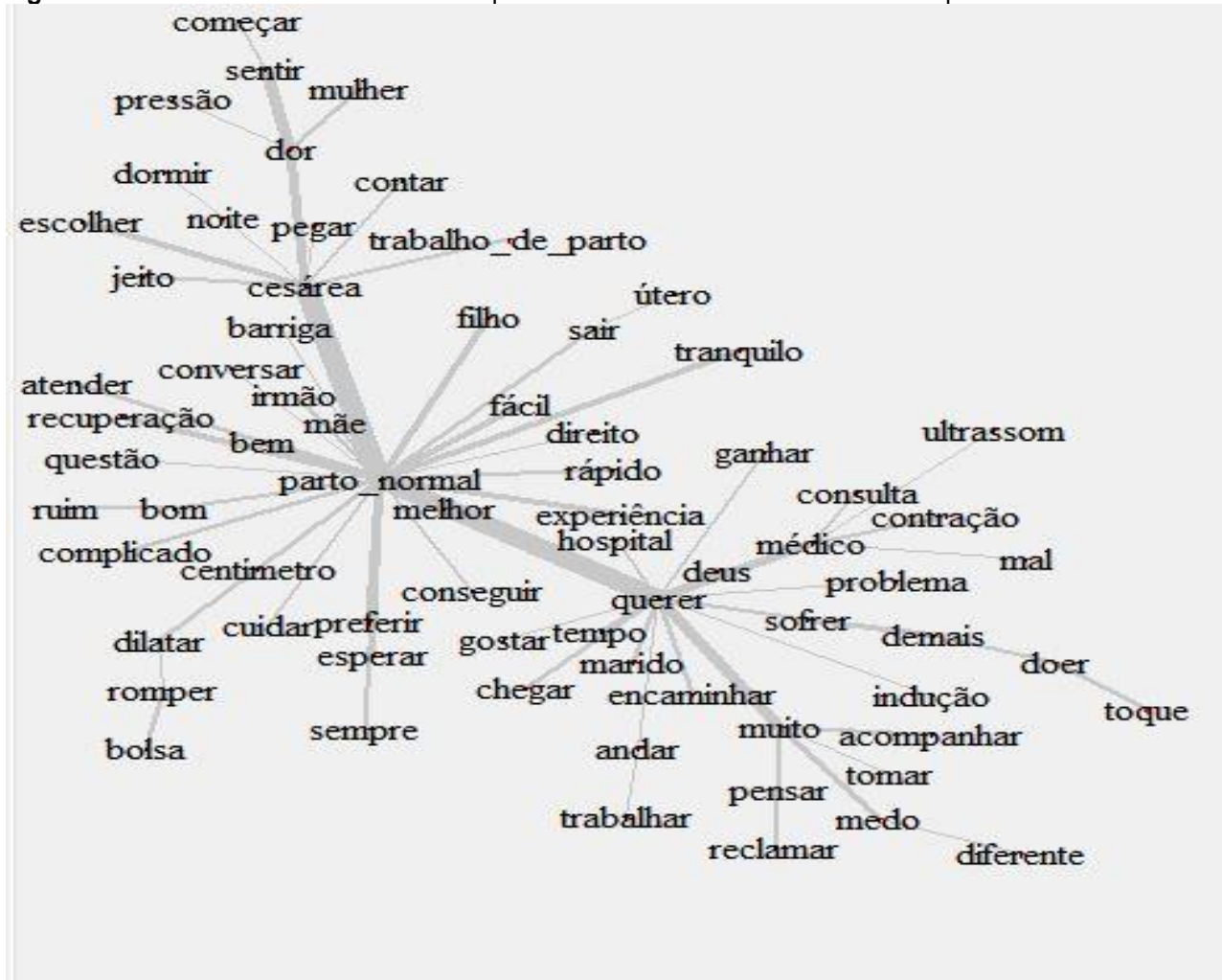
Dados Pessoais	n	%
Idade (anos)		
< 20	03	10%
20-35	24	77%
≥ 35	04	13%
Escolaridade		
Ensino Fundamental	14	45%
Ensino Médio	12	39%
Curso Técnico Completo	-	-
Graduação Completa	05	16%
Pós-Graduação	-	-
Estado civil		
Solteira	04	13%
Casada	16	52%
Amasiada	11	35%
Cor (autodeclarada)		
Branca	07	23%
Preta	05	16%
Parda	19	61%
Indígena	-	-
Amarela (oriental)	-	-
Ocupação Materna		
Do lar	08	26%
Auxiliar Administrativo	04	13%
Empregada doméstica	07	23%
Vendedora	02	6%
Auxiliar de limpeza	02	6%
Cabeleireira	02	6%
Outras profissões	06	19%
Dados obstétricos		
Gestações anteriores		
Nenhuma gestação anterior	11	35%
1 gestação anterior	08	26%
2 gestações anteriores	09	29%
3 gestações anteriores	02	6%
4 gestações anteriores	01	3%
Partos vaginais anteriores		
Nenhum parto vaginal	18	58%
1 parto vaginal	03	10%
2 partos vaginais	08	26%
3 partos vaginais	01	3%
4 ou mais partos vaginais	01	3%
Cesáreas anteriores		
Nenhuma cesárea	20	65%
1 cesárea	05	16%
2 cesáreas	06	19%
Abortos		
Nenhum aborto	25	81%
1 aborto	06	19%
Via de nascimento de escolha da mulher na gestação atual		
Cesárea agendada (sem entrar em trabalho de parto)	10	32%
Cesárea após entrar em trabalho de parto	05	16%
Trabalho de parto espontâneo / Parto vaginal natural / sem intervenções	16	52%

Fonte: Gontijo BDR, et al., 2024.

O corpus textual constituiu-se por 30 textos, 409 segmentos de texto (ST), e 14.311 ocorrências de palavras, sendo 949 palavras distintas e 133 com uma única ocorrência (hápax). Este corpus foi submetido à análise de similitude e nuvem de palavras.

A partir da análise de similitude de mulheres primigestas e não primigestas (**Figura 1**), observamos a centralidade do termo “parto normal”. Palavras como: “cesárea”, “dor”, “querer” e “medo” também obtiveram destaque na análise.

Figura 1- Árvore de similitude dos fatores que influenciam a decisão das mulheres pela via de nascimento.



Fonte: Gontijo BDR, et al., 2024.

No início da gestação, a maioria das mulheres apresenta alguma preferência pela via de nascimento, mas conformam-se quando são privadas do direito de exercer autonomia nessa escolha. Para muitas mulheres, o ‘destino’ ou a ideia de que ‘foi Deus quem quis assim’ é o que opera na decisão dos médicos (ROCHA NFF e FERREIRA J, 2020).

Eu prefiro o parto normal. Tem que ver se o médico também vai preferir. São eles que resolvem (M09).

No meu primeiro filho eu queria parto normal, não deu (...). Médico falou que eu não dava conta não, sou estreita, num tenho dilatação. Deus não permitiu que eu tivesse parto normal. Agora tem que ver se o médico vai deixar (M18).

É o meu terceiro bebê. Eles já escolhem a cesárea quando é o terceiro filho, não deixam escolher (M14).

Eu, por pura e espontânea decisão da médica é cesariana, ela falou que não tem como ser parto normal. Mas graças a Deus, o importante é o bebê nascer saudável (M06).

Algumas mulheres referiram preferência pelo “parto normal”. Na árvore de similitude esse termo estabelece ligações com: “melhor”, “preferir”, “tranquilo”, “recuperação” e “direito”. Essa preferência é justificada por motivos como: recuperação mais rápida, experiências de mulheres do convívio e facilidade nos cuidados com o bebê:

Eu prefiro parto normal porque é mais saudável, pela experiência das minhas irmãs e pela recuperação que é mais rápida. Na cesárea corre muito risco e eu não vou conseguir cuidar do neném (M13).

Pelas experiências das minhas cunhadas, eu fiquei junto e achei o parto normal mais tranquilo (M11).

Esse resultado é compartilhado por outros estudos (DOMINGUES RMSM, et al., 2014; YEE LM, et al., 2015) e contrasta com os altos índices de cesariana no Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Em outros estudos, a preferência pelo parto vaginal também foi atribuída à melhor e mais rápida recuperação no pós-parto (BENUTE et al., 2013; VALE et al., 2015) e à cesariana foi atribuída uma recuperação no pós-parto mais dolorosa e demorada (LEGUIZAMON JT, et al., 2013). Em proximidade com o termo “cesárea”, aparecem “mãe”, “irmão” e “conversar” que nos remetem à interferência da família na preferência pela cesárea:

(...) Minha cunhada agendou cesárea pelo convênio. Ela relata que a cesárea é tranquila e o parto normal arriscado. Se eu chego em 40 semanas e não dá parto normal, peço a cesárea pelo convênio. Senão minha família fica doida, medo de passar de hora (M29).

A decisão das mulheres perpassa pelo acesso às orientações durante o pré-natal e envolve aspectos familiares, sociais e culturais (LEGUIZAMON JT, et al. 2013). Apesar do relato pela preferência de uma ou outra via de nascimento, essa “escolha” esbarra em questões não controladas pela mulher, como: imposição da via de nascimento pelo profissional, falta de disponibilidade para acompanhar o trabalho de parto e receio de vivenciar uma experiência ruim.

Ele (o médico) falou que dá o encaminhamento se eu quiser parto normal porque lá não faz. Por mim tudo bem ser encaminhada para o (nome do hospital) (M02).

Minha cesárea não foi tranquila, juntou a dor, com os gases e eu precisava cuidar do bebê. Não quero isso de novo (M07).

Ele (o médico) falou que não dou parto normal. Ele me explicou coisas do meu útero, mas não entendi pelo jeito que ele falou. Esse médico não faz parto normal pelo convênio, tem que ser cesárea (M23).

O modelo tecnicista na assistência ao parto e nascimento no Brasil foi observado a partir da relação do termo “médico” com as palavras “ultrassom”, “consulta”, “contração” e “mal”:

(...) Só o ultrassom que vai definir se vou poder ter parto normal. Meu bebê estava muito grande no último ultrassom, o médico falou daquele negócio do bebê com a cabeça grande. Se for muito grande, não vai poder parto normal. Senão machuca demais a gente (...) (M13).

Vale ressaltar a importância da relação médico-paciente como um fator determinante na via de nascimento das mulheres no Brasil. No Brasil, a relação assimétrica entre médico e paciente é caracterizada pela valorização excessiva do conhecimento técnico da equipe, que frequentemente presume a falta de conhecimento da mulher e ignora sua capacidade de participar ativamente do processo fisiológico. Isso muitas vezes resulta em sentimentos comuns de angústia e medo entre as gestantes, pois o cuidado recebido não corresponde às suas expectativas.

As gestações são frequentemente rotuladas como patológicas, enquanto o corpo da mulher é percebido como uma entidade falha que requer intervenções tecnológicas para funcionar adequadamente. Atrelado à

medicalização está a ausência do exercício da autonomia das mulheres. O profissional é que opera na decisão sobre o parto, e indicações falaciosas para realização de cesariana são aceitas sem questionamentos (KOTTWITZ F, et al., 2018).

Tenho medo de insistir porque os médicos não gostam de parto normal. Se der alguma coisa errada com meu filho, vão me culpar. Tem médicos que ficam falando que não conseguimos porque eles não conseguem fazer parto normal, ou ficam com preguiça de ficar esperando um tempão. Mas eu tenho medo de falar, podem me marcar, maltratar (M27).

A assistência prestada por enfermeiras obstétricas não foi mencionada nas falas das mulheres. Este resultado confirma a centralidade da assistência obstétrica no médico e se contrapõe às evidências científicas. O modelo que inclui a obstetriz na assistência é capaz de reduzir intervenções desnecessárias e as taxas de cesarianas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A proximidade do termo “parto normal” com os termos “querer”, “Deus”, “tempo”, “marido” e “sofrer” remete à compreensão da mulher de que o parto normal é melhor. Porém, essa compreensão é permeada pela religiosidade da mulher, pela conduta médica e pela influência do marido, além do sentido atribuído ao sofrimento. A religiosidade exerce influência na tomada de decisão acerca das vias de nascimento pela mulher:

Eu creio que Deus vai me abençoar e vou conseguir ter parto normal. Sempre quis viver essa experiência. Eu tenho pedido a Deus para me abençoar, para dar certo. Tenho fé que vai dar (M14).

A assistência medicalizada negligência a natureza espiritual do parto e pode afetar negativamente o bem-estar psicológico, emocional e físico das mulheres (CROWTHER AS, et al., 2021). Há dificuldade das equipes em proporcionar às mulheres apoio emocional e espiritual durante o nascimento (CROWTHER AS e HALL J, 2015; BRILHANTE MAA e FAUSTINO WM, 2021).

A preferência das mulheres pela via de nascimento é moldada por seus valores, crenças e experiências pré-existentes (COXON K, et al., 2017). Observamos que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, relatos de violência obstétrica e a desinformação impedem o exercício da autonomia das mulheres. Diante da impossibilidade de escolha, as mulheres optam pela “cesárea a pedido” para fugir da violência obstétrica:

Eu quero cesárea. No meu primeiro filho eu quis parto normal. Tive um parto “anormal”. Senti muita dor, não aquela dor normal do parto, da contração. Eles subiram nas minhas costelas para empurrar meu bebê. Quando ele nasceu, não sabia o que doía mais. Se era o corte que fizeram ou se eram minhas costelas. Fiquei com minhas costelas roxas por dois meses. Até de encostar o bebê para amamentar doía. Eu sei que posso ter parto normal e ser diferente. Mas não quero correr risco. Foi horrível, foi traumático (M19).

Outros estudos também observaram que as mulheres não se sentem participativas ou respeitadas na decisão da via de nascimento (ROCHA NFF e FERREIRA J, 2020; VEDAM S, et al., 2019). Em nosso estudo, a opinião do marido acerca da via de nascimento teve grande impacto na decisão da mulher. Em uma sociedade patriarcal e misógina, o envolvimento do cônjuge, apesar de desejado pelas mulheres, depende de sua disponibilidade de participar do pré-natal. Outros estudos (SINGH A, RAM F, 2009; DUDGEON MR e INHORN MC, 2004) também apontam que os maridos têm um papel importante na tomada de decisão.

A ausência de apoio do marido no parto aumenta as chances da mulher optar pela cesariana (SAPKOTA S, et al., 2012; LEWIS S, et al., 2015). A palavra “cesárea” estrutura a árvore de similitude em outro polo e apresenta alta conexão com os termos “dor”, “sentir”, “escolher” e “jeito”, que remetem aos sentimentos envolvidos na decisão pela cesariana como, por exemplo, o medo da dor:

(...) Eu prefiro cesárea, não nasci para esse sofrimento todo. Morro de medo de ficar sentindo dor... E se me rasgar toda? (M13).

Tenho medo de não suportar a dor. De ficar horas sentindo dor, fazendo toque, colocando soro e não virar parto normal. Eu tenho medo de sofrer (M02).

O medo da dor é a principal justificativa para a “cesárea a pedido”. De um lado, observamos o discurso dos profissionais que alegam que as mulheres desejam a cesariana ou que não toleram a dor do parto vaginal. Por outro lado, observamos os discursos das mulheres sobre terem sua dor negligenciada ou de serem desrespeitadas no trabalho de parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Outros estudos também evidenciaram relatos de mulheres que se consideram incapazes de parir por via vaginal por conta do medo da dor (SLADE et al., 2019; MELLO RSF, et al., 2021).

Essas mulheres desconhecem alternativas para o alívio da dor, como as práticas não farmacológicas incentivadas pela WHO: livre movimentação, massagens, banhos, acupuntura, musicoterapia durante o trabalho de parto, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). O termo “querer” é circuncidado por itens lexicais periféricos como: “sofrer”, “demais”, “doer”, “toque”, “muito” e “medo” os quais remetem à insegurança e medo das mulheres. O medo da dor, do toque vaginal e de sofrer, permeiam o imaginário da mulher e interferem na decisão pelo parto normal:

Independente do tipo de parto, o que é comum nas grávidas é que todas têm medos e angústias. Quando o médico é bom, ele ajuda nisso aí (...). Mas hoje em dia, a maioria só piora os medos da gente (M30).

Minha irmã fez cesárea, depois que ganha, é muita dor. Ao mesmo tempo, já acompanhei uma prima no parto normal (...). De todo jeito tem muita dor. Tenho medo da dor (...)(M15).

A palavra “dor” estruturando um dos polos da árvore de similitude nos faz observar que há um estereótipo da dor do parto (KOTTWITZ F, et al., 2018). Essa associação da dor à ideia de sofrimento é um componente cultural que contribui para que o parto_vaginal seja difundido enquanto sinônimo de algo insuportável de se vivenciar.

Junta o medo de tudo: do desconhecido, da dor, de ficar sofrendo por horas sem ninguém se preocupar (...). Eu tenho boas recordações do meu primeiro parto normal. A verdade é que uns passam pela experiência e outros escutam das experiências (...). Isso gera muito medo porque nenhum parto é igual (M26).

Outros estudos também observaram associação do parto vaginal à dor e ao medo de maus desfechos perinatais (MELLO RSF, et al., 2021; GOUTAUDIER N, et al., 2018; WIGERT H, et al., 2019). Essa cultura possivelmente se dissemina por grande parte dos serviços de saúde não disporem adequadamente de métodos de analgesia e de assistência adequada à parturiente. O desejo pela “cesariana a pedido” justificado pelo desconhecimento dos métodos de analgesia impacta diretamente no exercício da autonomia da mulher:

Eu tenho muito medo de acontecer algo ruim com meu bebê. Tem bebê que quebra osso quando vai nascer (...). Outros nascem com a cabeça amassadinha. Se ficar difícil demais lá na hora do parto eu peço a cesárea. Porque tem muitas mulheres que ficam dias sofrendo e depois faz cesárea (M12).

No entanto, os recentes movimentos de desmedicalização do parto se associam à reinterpretação da dor e à retomada da autonomia da mulher na experiência do nascimento (RUSSO J, et al., 2019). O parto como experiência física deve ser vivido em sua plenitude, e a dor integra essa experiência. A redefinição do significado da dor durante o parto torna-se essencial para a nova identidade da mulher que se transforma em mãe. Para desconstruir a ideia de sofrimento, é necessário fornecer informações à mulher sobre seu corpo, sobre a fisiologia do parto e os mecanismos da dor (GOUTAUDIER N, et al., 2018).

(...) Eu não quero ficar sofrendo, quero cesárea. O médico falou que é só assinar que quero cesárea, porque ele também acha melhor. Mas eu tenho que decidir, ele não pode fazer cesárea sem eu assinar. Ele disse que tem isso agora, para forçar parto normal (M11).

Mas vale ressaltar que o medo, na maioria das vezes, é erroneamente atribuído à dor do parto. Esse medo, na verdade, se refere ao medo da violência obstétrica sofrida no processo de parturição:

Sofri demais com parto induzido, quero cesárea. Meus outros filhos foram parto normal, só o último não foi normal, foi um trem esquisito de dor. E eu não queria toque, não queria o soro e eles colocaram. Queria andar, queria comer e não podia. Nessa última eu num tinha líquido e todo mundo lá no hospital com pressa demais. Eu já num tinha força e todo mundo achando que era moleza minha, mas num era, eu num tinha força mesmo. Eu quero cesárea, Deus me livre daquilo que eu passei (M09).

Decisões pautadas no desconhecimento dos riscos e benefícios de cada uma das vias de nascimento, não podem ser consideradas autônomas. A autonomia envolve decisões livres de interferências e de limitações pessoais como a ausência de acesso a informações pautadas em evidências científicas (BEUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

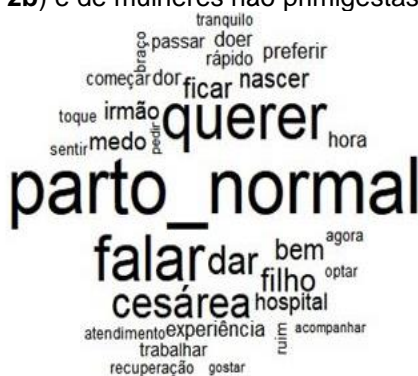
A “cesárea a pedido” deve ser desencorajada e o profissional deve evitar a propagação da cultura da desinformação e do medo do parto vaginal. Em nosso estudo, observamos a “não escolha” da mulher acerca da via de nascimento, evidenciada em falas como: “não teve outro jeito”, “teve que ser cesárea” e “eu não dou conta de parto normal”:

“Fizeram um ultrassom e deu que o bebê estava com quase quatro quilos e 51 centímetros. O médico me avisou que eu não ia dar conta de parto normal, ia me rasgar todinha. Mas ele nasceu com 3,200kg. O médico falou que a ansiedade e as coisas psicológicas fazem perder peso (...)” (M29).

“Eles induziram o parto, me aplicaram soro e fizeram tudo que se pode imaginar para me ajudar (...). Mas não teve jeito, teve que ser cesárea porque estava com cordão enrolado no pescoço” (M26).

Essas declarações refletem a abordagem obstétrica no Brasil, baseada em indicações de cesárea muitas vezes infundadas. Em relação às mulheres, elas enfrentam uma "autonomia limitada" ao escolher entre os métodos de parto sem um entendimento prévio adequado. Para verificar as palavras mais frequentes no corpus recorreremos à nuvem de palavras. **Figura 2a:** nuvem a partir do corpus geral, **Figura 2b:** nuvem de mulheres primigestas e (**Figura 2c**): nuvem de mulheres não primigestas (**Figura 2c**).

Figura 2- Nuvens de palavras geradas a partir dos relatos de mulheres primigestas e não primigestas (**Figura 2a**), de mulheres primigestas (**Figura 2b**) e de mulheres não primigestas (**Figura 2c**).



Fonte: Gontijo BDR, et al., 2024.

As mulheres primigestas relataram preferência pelo parto normal. A recorrência dos termos evidenciada na **Figura 2b** permite-nos identificar que a (não) escolha da mulher se baseia primordialmente na indicação médica:

Eu espero parto normal, mas meu médico me acompanha no (nome do hospital) e lá opta pela cesárea. Eu só posso optar pelo parto normal se eu concordar em ganhar neném no público e, se o bebê estiver com cordão enrolado no pescoço, tem que ser cesárea (M01).

Desde o pré-natal existe o consenso de que é o profissional médico que definirá por qual via os bebês nascerão. Muitas mulheres desejam um parto normal no início da gravidez. Entretanto, a falta de apoio e a escassez de orientações influenciam diretamente nessa escolha. Neste estudo, dentre as mulheres não primigestas o termo mais frequente foi “cesárea”. Mulheres que vivenciaram uma cesárea tenderam a repetir essa via de nascimento (Figura 2c). Em outros estudos, a existência de cesárea anterior também foi fator de risco para um novo parto cirúrgico (MASCARELLO KC, et al., 2017; KIETPEERAKOOL C, et al., 2019).

Como eu já fiz uma cesárea, nenhum médico aceita fazer parto normal. Tem que ser cesárea de novo (...). Eu não tenho o que escolher não. Já está escolhido por eles (médicos) (M12).

A decisão pela via de nascimento é imposta pelos profissionais mediante falsas indicações de cesárea como circular de cordão, e a justificativa de que uma cicatriz uterina prévia impede a realização do parto normal:

O meu também vai ser cesárea porque meus outros partos tudo foi cesárea, não teve jeito, o bebê estava com cordão enrolado no pescoço (M02).

Eles queriam fazer cesárea em mim no primeiro. Eu não deixei. Eu sou mulher de ter barriga cortada? Minha mãe teve oito filhos, tudo parto normal. A mãe entrava para o quarto de noite e no outro dia, estava com menino no braço. Ela paria e a gente nem via, nem escutava nada. Só ela e o pai no quarto. A vó chegava depois, para fazer a comida e a canja para a mãe (M01).

Fez cesárea porque eu não dilatei. Se eles deixarem (os médicos) eu quero ter a experiência do parto normal (M18).

No meu primeiro filho eu queria muito ter parto normal, mas não deu. Agora não me vejo tendo parto normal. Os médicos já falaram que não é para mim. A cesárea é mais seguro (M04).

A mulher fica mais vulnerável às decisões das equipes de saúde quando desconhece a fisiologia do parto. Outros estudos também apontaram que as mulheres não têm participado da decisão do seu parto, e que, muitas vezes, há um direcionamento profissional no desfecho da gestação (KOTTWITZ F, et al., 2018; DOMINGUES RMSM, et al., 2014).

Onde faço pré-natal só faz cesárea, mas quero parto normal. Ele (o médico) cobra uma taxa bem altinha. Pelo meu convênio não aceita. Aí tem que ser cesárea ou ir para fila do público mesmo pagando meu convênio (M03).

Nos hospitais privados, a cobrança da taxa de disponibilidade médica contribui para elevação das taxas de cesárea no Brasil. Mulheres que desejam o parto vaginal, mas não podem pagar a disponibilidade se sujeitam ao parto cirúrgico visando ser atendida pelo médico que fez o pré-natal (PATAH LEM e MALIK AM, 2011).

Da mesma maneira, a separação entre o acompanhamento pré-natal e o parto nos serviços públicos também pode ser vista como um fator que contribui para o aumento das cesáreas, devido à falta de informações sobre gestações anteriores. Dependendo da equipe que presta assistência durante o trabalho de parto e do conhecimento da mulher, a expectativa poderá ou não coincidir com o desfecho do parto:

Eu, por pura e espontânea decisão da médica é cesariana, por questão da minha saúde, não tem como ser parto normal (M06).

Eu prefiro parto normal por conta da recuperação. Meu marido não tem licença paternidade, não tenho ajuda (M04).

Eu quero parto normal, mas sem demora. Quando demora, o médico faz cesárea, mesmo depois do sofrimento (M22).

Muitas parturientes assumem uma atitude de conformismo frente às imposições dos profissionais. Pouco se questiona e elas parecem calar-se diante de um tratamento desrespeitoso. Essas mulheres não estão exercendo autonomia e desconhecem os riscos da cesariana, da prematuridade e suas consequências (FREITAS PF, 2005). A promoção da autonomia da mulher pode ser impulsionada através da educação em saúde. Capacitar a gestante com informações sobre os benefícios e desafios de cada método de parto pode fortalecer o empoderamento feminino, assegurando o direito de escolha e a prática da autonomia durante o processo de parto.

Limitações do estudo

Nosso estudo apresenta pontos fortes e limitações. O fato de o estudo ter sido realizado em um município com altíssimas taxas de cesárea pode dificultar a generalização dos resultados para outros municípios. No entanto, sabe-se que o cenário de disseminação da “cesárea a pedido” está relacionado ao medo da dor e da violência obstétrica. A compreensão da perspectiva de mulheres que vivem no município do estudo pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias que tornem os profissionais comprometidos com o dever ético de tornar as gestantes competentes para uma escolha autêntica, visto que o exercício pleno da autonomia pressupõe conhecimento.

Outra fortaleza consiste em termos proporcionado a escuta ativa das mulheres acerca de suas (não) escolhas da via de nascimento e desmistificação da “cesárea a pedido” enquanto manifestação autêntica do desejo da mulher. A “cesárea a pedido” consiste em uma forma das mulheres fugirem da violência obstétrica e da cultura do medo do parto normal que vem sendo disseminada ao longo dos anos.

Implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem

Poucos estudos avaliam a participação das mulheres na decisão sobre a via de nascimento. Esse fato é reflexo do desinteresse em ouvir as mulheres quanto a sua participação nas decisões sobre o seu corpo. Nosso trabalho, ao ouvir as mulheres, desmistifica a cesárea a pedido como um exercício da autonomia, da livre escolha da mulher. A incongruência entre as preferências das mulheres e os altos índices de cesárea no país certamente impõe medidas de saúde pública voltadas ao exercício autêntico da autonomia nas decisões das mulheres brasileiras.

CONCLUSÃO

As mulheres não têm exercido autonomia e não se sentem participativas ou respeitadas em suas escolhas acerca da via de nascimento de seus filhos(as). Na perspectiva das parturientes, o modo de nascer é determinado pelos profissionais que assistem o parto e perpassa por questões sociais, culturais e emocionais, como o medo da dor. A restrição do exercício da autonomia das mulheres é evidenciada a partir de práticas assistenciais rotineiras que caracterizam a violência obstétrica, tais como: escassez de informações científicas durante o pré-natal sobre os riscos e benefícios de cada modo de nascer, ausência da oferta de analgesia no parto, uso rotineiro de ocitocina, realização de episiotomia e manobra de Kristeller. Há necessidade de devolver o parto para as mulheres e suas famílias, transformando o modelo atual de assistência em um cuidado que respeita a autonomia das mulheres e acredita no seu potencial fisiológico de parir.

REFERÊNCIAS

1. BARBOUR R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed, 2009; 304.
2. BARROS FC, et al. Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? Pan American Journal of Public Health. 2015; 38(3): 217–25.

3. BEAUCHAMP TL e Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 2016; 7: 412.
4. BENUITE GRG, et al. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2013; 35(6): 281-285.
5. BRILHANTE MAA e FAUSTINO WM. Motherhood and Spirituality: The experience of women who have chosen to give birth at home. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7(1): 4018-4034.
6. COXON K, et al. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a 'best fit' framework approach. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17: 103.
7. CROWTHER S e HALL J. Spirituality and spiritual care in and around childbirth. *Women Birth*. 2015 Jun; 28(2): 173-8.
8. CROWTHER AS, et al. Spirituality and childbirth: An international virtual co-operative inquiry. *Women and Birth*. 2021; 34(2): 135-145.
9. DEMONTIS R, et al. Cesarean section without clinical indication versus vaginal delivery as a paradigmatic model in the discourse of medical setting decisions. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2011; 24(12): 1470-5.
10. DOMINGUES RMSM, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014; 30(1): 101-116.
11. DUDGEON MR e INHORN MC. Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Soc Sci Med*. 2004; 59: 1379-95.
12. FREITAS PF, et al. Social inequalities in cesarean section rates in primiparal, Southern Brazil. *Revista de Saúde Publica*. 2005; 39(5): 761-7.
13. GOUTAUDIER N, et al. Childbirth as a forthcoming traumatic event: pretraumatic stress disorder during pregnancy and its psychological correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2019; 37(1): 44-55.
14. GUI R. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. *Revista Psicologia, Organização e Trabalho*. 2003; 3(1)1: 135-160.
15. JUSTO AM e CAMARGO BV. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(2): 513-518.
16. KIETPEERAKOOL C, et al. Pregnancy outcomes of women with previous caesarean sections: Secondary analysis of World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Sci Rep*. 2019; 9: 9748.
17. KOTTWITZ F, et al. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Escola Anna Nery*. 2018; 22(1): 20170013.
18. LEGUIZAMON JT, et al. Choice of route of childbirth: expectation of pregnant women and obstetricians. *Revista Bioética*. 2013; 21(3): 509-517.
19. LEWIS S, et al. The role of husbands in maternal health and safe childbirth in rural Nepal: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15: 162.
20. MASCARELLO KC, et al. Repeat cesarean section in subsequent gestation of women from a birth cohort in Brazil. *Reprod Health*. 2017; 14: 102.
21. MELLO RSF, et al. Fear of childbirth among pregnant women. *Femina*. 2021; 49(2): 121-8.
22. PATAH LEM e MALIK AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45(1): 185-194.
23. PORTO D e GARRAFA V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética*. 2005; 13(1): 111-23.
24. RISCADO LC, et al. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*. 2016; 25(1): 3570014.
25. ROCHA NFF e FERREIRA J. The choice of the mode of delivery and the autonomy of women in Brazil: an integrative review. *Saúde em Debate*. 2020; 44(125): 556-568.
26. RUSSO J, et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana*. 2019; 25(2): 519-55.
27. SANTOS RAA, et al. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Cultura e Ciência*. 2015; 13(2): 76-89.
28. SAPKOTA S, et al. In the Nepalese context, can a husband's attendance during childbirth help his wife feel more in control of labour? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12: 49.
29. SINGH A e RAM F. Men's involvement during pregnancy and childbirth: evidence from Rural Ahmadnagar, India. *Popul Rev*. 2009; 48: 83-102.
30. SLADE P, et al. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19: 96.

31. TRAD LB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(3): 777-796.
32. VALE LD, et al. Preference and factors associated with the type of delivery among new mothers in a public maternity hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015; 36(3): 86-92.
33. VEDAM S, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 2019; 16: 77.
34. WIGERT H, et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2020; 15(1): 1704484.
35. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>. Acessado em: 09 de julho de 2024.
36. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Statement on Caesarean Section Rates. Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate. 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf. Acessado em: 09 de julho de 2024.
37. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World bank group and the United Nations population division. 2019. Disponível em: <https://www.unfpa.org/featured-publication/trends-maternal-mortality-2000-2017>. Acessado em: 09 de julho de 2024.
38. YEE LM, et al. Mode of delivery preferences in a diverse population of pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015; 212(3): 3771-24.