

## Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto

*Every birth is a story: process of choosing the route of delivery*

*Cada parto es una historia: proceso de decisión de la vía del parto*

Virgínia Junqueira Oliveira<sup>1</sup>, Claudia Maria de Mattos Penna<sup>II</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São João Del-Rei. Divinópolis-MG, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte-MG, Brasil.

### Como citar este artigo:

Oliveira VJ, Penna CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1228-36. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>

Submissão: 10-11-2016

Aprovação: 03-07-2017

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar os discursos sobre escolha da via de parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública. **Método:** A abordagem metodológica é a análise do discurso. A coleta de dados foi mediante entrevistas e o tratamento dos dados foi a partir da análise do discurso. **Resultados:** Constituíram-se as categorias: 1- Entre a preferência e a decisão não há escolha; 2- A complexidade da escolha da via de parto; 3- É preciso legitimar a escolha da mulher.

**Considerações finais:** Na perspectiva das parturientes o tipo de parto é determinado pelo médico e as mulheres não são pró-ativas. A atuação do enfermeiro é tímida, embora sua presença seja fundamental para o estímulo ao parto fisiológico e promoção da autonomia das mulheres. Identifica-se a necessidade do médico adotar uma conduta acolhedora, informando as mulheres sobre os benefícios e prejuízos implicados na escolha do modo de nascer.

**Descritores:** Assistência ao Parto; Saúde da Mulher; Discurso; Parto Normal; Cesárea.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the discourses on the choice of the route of delivery from the perspective of women and health professionals in a public network. **Method:** The methodological approach is the discourse analysis. The data collection was through interviews and the treatment of the data was based on discourse analysis. **Results:** The categories were: 1- Between the preference and the decision there is no choice; 2- The complexity of the choice of the route of delivery; 3- It is necessary to legitimize the choice of the woman. **Final considerations:** From the perspective of women in labor the route of delivery is determined by the physician and women are not proactive. The nurses' performance is timid, although their presence is fundamental for stimulating the physiological delivery and promoting the autonomy of women. It identifies the need for the physician to adopt a welcoming attitude, informing the women about the pros and cons involved in choosing the route of delivery.

**Descriptors:** Delivery Assistance; Women's Health; Speech; Normal Labor; Cesarean Section.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los discursos sobre la decisión de la vía de parto en la perspectiva de mujeres y profesionales de la salud de una red pública. **Método:** El abordaje metodológico es el análisis del discurso. La recolección de datos fue mediante entrevistas y el tratamiento de los datos fue a partir del análisis del discurso. **Resultados:** Se constituyeron las categorías: 1- Entre la preferencia y la decisión no hay decisión; 2- La complejidad de la decisión de la vía de parto; 3- Es necesario legitimar la decisión de la mujer. **Consideraciones finales:** En la perspectiva de las parturientas el tipo de parto es determinado por el médico y las mujeres no son proactivas. La actuación del enfermero es tímida, aunque su presencia sea fundamental para el estímulo al parto fisiológico y promoción de la autonomía de las mujeres. Se identifica la necesidad del médico de adoptar una conducta acogedora, informando a las mujeres sobre los beneficios y prejuicios implicados en la decisión del modo de nacer.

**Descritores:** Asistencia al Parto; Salud de la Mujer; Discurso; Parto Normal; Cesárea.

AUTOR CORRESPONDENTE

Virgínia Junqueira Oliveira

E-mail: [viju.oli@gmail.com](mailto:viju.oli@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

No cuidado ao parto, o aprimoramento de novas técnicas, assim como o respeito à autonomia das mulheres e indicações clínicas corretas, implicaram diretamente na escolha da via de nascimento. Todavia, ocorreu um aumento do número de operações cesarianas não baseadas em evidências científicas, fato que adicionou morbidades para o binômio mãe/filho e custos para os serviços de saúde, tornando-se um problema de saúde pública<sup>(1)</sup>.

Em todo o mundo observa-se um aumento do número de cesáreas. Países como o Irã e a República Dominicana as taxas de cesárea são em média de 41,9% , em seguida pode-se mencionar a Itália e o México, que apresentam uma incidência de 38,2% e 37,8% respectivamente<sup>(2)</sup>.

No modelo de atenção ao parto vigente no país, hoje mais da metade das crianças brasileiras nasce pela via abdominal, um índice que chega a aproximadamente 80% na rede de saúde suplementar, atingindo proporções acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 10 a 15%<sup>(3)</sup>.

Na tentativa de reduzir esta epidemia de cesárea e, conscientizar a população, a OMS propõe que diferentes países e instituições de saúde utilizem o sistema de classificação de Robson, como instrumento de monitoramento das taxas de cesárea, estratégia que permite comparar e relacionar com seus determinantes as diferentes taxas de cesárea entre hospitais, cidades e países<sup>(4)</sup>.

Na assistência obstétrica, questões relativas ao modo de nascer polarizam o discurso de mulheres e profissionais de saúde. A escolha entre 'cesárea e parto normal' causa controvérsias em diferentes campos discursivos, mobiliza ativistas, defensores persistentes e opiniões divergentes que acabam por criar falsas indicações e comprometer a segurança da triáde mãe/recém-nascido/pai.

Neste contexto é importante ressaltar que a maioria das indicações de cesáreas é relativa, e não é baseada em evidências científicas<sup>(5)</sup>. No decorrer da gravidez muitos profissionais de saúde que acompanham o pré-natal e o parto utilizam-se de diferentes artifícios para justificar a intervenção na assistência ao parto, levantam-se riscos mais supostos do que reais como bebê grande, circular de cordão, ficando a decisão da mulher fragilizada diante do poder de persuasão do discurso médico<sup>(6)</sup>.

Entende-se que a decisão pelo tipo de parto compreende um fenômeno que acompanha todo o processo de gravidez, uma vez que esta iniciativa cria inúmeras expectativas na gestante, desde o início, e continua sendo referida mesmo depois do desfecho final, persistindo na forma de lembranças e sentimentos, ou até mesmo em consequências para a saúde, que passam a fazer parte da sua história<sup>(7)</sup>.

Fatores socioculturais e alusivos ao modelo de parto, além de subestimar os riscos associados à operação cesárea, são preocupantes. Sabe-se que, quando comparada ao parto normal, a chance de morbidade materna severa se eleva 2 vezes entre mulheres submetidas à cesariana intraparto e 2,3 vezes em caso de cesárea eletiva<sup>(8)</sup>.

Há evidências de que os bebês nascidos pela via abdominal têm um risco aumentado de problemas relacionados às características da imunidade e do metabolismo. E causas de

óbito materno por síndrome hipertensiva e infecção podem estar associadas à realização de cesariana<sup>(2)</sup>.

Ao enunciar sobre a via de parto, diferentes argumentos são utilizados, tanto por profissionais de saúde como por mulheres, para justificar ou ponderar sobre as suas escolhas, de maneira que o desejo e as preferências pessoais destacam-se em relação aos conhecimentos técnico-científicos como determinantes na incidência de altas taxas de cesarianas.

Frente a esta problemática, este artigo tem como objetivo analisar os discursos sobre a escolha da via de parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública. O presente artigo prioriza as expectativas dos participantes em relação à via de parto.

## OBJETIVO

Analisar os discursos sobre a escolha da via de parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O trabalho de campo teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, e sua construção foi feita atendendo às exigências das Resoluções 196/96 e pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

### Referencial teórico-metodológico

A abordagem metodológica utilizada é a Análise do Discurso<sup>(9)</sup> na perspectiva de Foucault e Pêcheux, considerando-se que, neste estudo, a questão fundamental é analisar o discurso construído na relação entre médicos obstetras, enfermeiras obstetras e a mulher na assistência ao parto. Visto que, nesta interação discursiva, pode haver momentos em que o discurso da mulher contrapõe-se àquele do profissional de saúde, ou a tentativa, por parte dos participantes, de se apropriarem da lógica interna do discurso dominante no campo da saúde.

Compreende-se que discurso é socialmente constitutivo. A linguagem é posicionada na prática social, sendo o discurso um momento desta prática que se depara com outros momentos, como o discursivo e o não discursivo. Foucault revela a ligação entre o discurso, o desejo e o poder. E aponta que nesta imbricada relação nem tudo pode ser dito, depende das circunstâncias e de quem diz, há aqueles que podem e aqueles que não podem falar<sup>(9)</sup>.

Trata-se de um estudo interpretativo e de abordagem qualitativa. A escolha do método qualitativo deve-se à complexidade da situação estudada e à natureza do problema de pesquisa. Este caminho metodológico possibilita analisar situações que extrapolam os dados quantitativos, além de considerar a subjetividade, a complexidade e o dinamismo do fenômeno<sup>(10)</sup>.

### Pressuposto

Esta pesquisa parte do pressuposto de que o discurso sobre a via de parto é dissimétrico, marcado essencialmente por

um saber médico institucionalizado, que determina um modelo intervencionista de assistência ao parto e não promove a participação ativa da mulher no processo de escolha da via de parto.

### Cenário do estudo

Os cenários de investigação da pesquisa foram sete maternidades públicas dos municípios da macrorregião Centro-Oeste de Minas Gerais. Sendo uma maternidade de médio porte, com aproximadamente 250 partos/mês e seis de pequeno porte, entre 65 a 80 partos/mês. A escolha foi proposital, considerando o fato de que pesquisas desta amplitude, habitualmente, são desenvolvidas nos grandes centros e que pouco se sabe sobre a assistência ao parto nas pequenas maternidades.

### Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, no período de setembro de 2014 a março de 2015, com roteiro norteador e diário de campo, para registro das observações feitas durante o trabalho de parto e no parto, procurando dar ênfase ao discurso estabelecido entre os profissionais de saúde e às mulheres. Em seguida, as entrevistas individuais foram gravadas em aparelho digital e transcritas na íntegra para análise e interpretação dos discursos a partir das falas dos autores, de forma a garantir a integridade e fidedignidade das informações.

Participaram deste estudo 36 mulheres, 10 enfermeiras obstetras e 14 médicos obstetras. Por se tratar de um estudo qualitativo, não foi intenção preocupar-se com a quantificação dos participantes, mas com a sua representatividade, à priori. A amostragem final foi feita por saturação teórica, quando se percebeu que não havia mais acréscimo nas informações obtidas. Respeitou-se, entretanto, pelo menos um profissional médico e um enfermeiro de cada cenário.

Os critérios de inclusão para os profissionais de saúde foram: estar inseridos no quadro de funcionários da maternidade e prestar assistência direta à mulher no parto; ser enfermeiro ou médico obstetra. Em relação às mulheres: ter sido parturiente em uma das maternidades, cenários desse estudo; ter tido parto normal ou cesárea, período de internação na instituição de no mínimo 6 horas, estar no puerpério e ter idade entre 15 e 45 anos.

### Análise dos dados

A análise compreendeu um movimento de três etapas: 1ª- Organização, transcrição e disposição dos discursos na íntegra. 2ª- Leitura vertical que compreende a leitura exaustiva de cada discurso individual para apreensão das ideias centrais. 3ª- Leituras horizontais para determinar as ideias ou significados que se assemelham ou não com a organização dos dados convergentes em temas comuns, determinando as categorias.

O anonimato dos participantes foi garantido mediante identificação alfanumérica, conforme o segmento ao qual pertencem: M para as mulheres, Med para Médicos e Enf para Enfermeiros, seguidos de número de acordo com a aproximação para as entrevistas.

## RESULTADOS

### Características dos participantes

A idade das mulheres participantes da pesquisa variou entre 16 e 38 anos. Os resultados evidenciaram que, das 36 participantes, dez não concluíram o ensino fundamental, treze não finalizaram o ensino médio, onze completaram o ensino médio e apenas duas ingressaram na universidade.

No quesito religiosidade, dezesseis mulheres informaram serem evangélicas, dezenove católicas e, uma negra, pertencer a qualquer seita ou religião.

No que diz respeito à renda familiar, vinte e quatro mulheres referiram viver com menos de 2 salários mínimos, quatro possuem renda familiar de até 3 salários mínimos, e somente 2 mulheres têm renda familiar de até 5 salários mínimos, o restante não souberam informar.

Com relação à via de parto, constata-se que vinte e quatro parturientes tiveram partos normais, sendo nove com episiotomia e doze gestantes se submeteram à uma cesariana. A análise dos testemunhos permitiu identificar que, para dezessete mulheres, quem escolheu a via de parto foi o médico; dezoito mulheres relatam terem participado da escolha da via de parto e apenas uma mulher delega a escolha da via de parto para a enfermeira.

Todos os profissionais enfermeiros que atendiam os critérios de inclusão aceitaram participar da pesquisa. Dos dez enfermeiros obstetras que colaboraram com o estudo, nove são do gênero feminino e apenas um é do gênero masculino. Quando questionados sobre o tempo de formado estes apresentam de dois a seis anos de experiência profissional como especialistas.

Dos quatorze médicos obstetras entrevistados, onze eram do gênero masculino e cinco do gênero feminino. Todos declararam ser especialistas com residência médica e trabalham tanto na rede pública quanto na privada. Com relação à experiência profissional, a maioria tem uma trajetória significativa na assistência materno, infantil, tendo entre 15 a 37 anos de formação.

A análise suscita reflexões sobre as expectativas e especificidades na escolha da via de parto, quais são os determinantes desta escolha, qual a real capacidade das mulheres exercerem a autonomia durante todo o processo, inseridas num contexto de assistência marcado pelo excesso abusivo de cesáreas. Os resultados foram organizados em três categorias que se referem ao discurso de cada tipo de participante específico, que manifestam e expressam representações distintas.

### 1ª Categoria – Entre a preferência e a decisão não há escolha

As narrativas sinalizam que as parturientes deste estudo não participaram efetivamente da escolha do tipo de parto. Para algumas mulheres esta opção foi determinada pelo profissional de saúde ou atribuída para a uma força espiritual, para Deus, para o acaso ou para uma eventualidade ou fatalidade.

*Pra mim foi Deus, porque na hora, tava tudo indicando que ia ser normal. (M 6)*

*Na hora mesmo que decidi não sabia o que ia ser eu vim no caminho todo pedindo a Deus que fosse normal, a recuperação é mais rápida. (M 7)*

*Ah, foi uma eventualidade, eu queria normal, mas não foi possível, aí teve que ser cesariana.* (M 11)

*Foi Deus, com certeza minha gestação toda tava pra ser normal, e minha bolsa estourou e eu não dilatei, de qual-quer jeito tinha que fazer cesárea, já tinha passado de hora do neném nascer, fazia 9 meses certinho.* (M 13)

*Tava pedindo a Deus que fosse normal, aí eles até falaram que ia ser normal.* (M 18)

*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.* (M 23)

Muitas mulheres salientam que a definição do tipo de parto foi decisão do profissional de saúde. No discurso, percebe-se uma passividade e conformidade com a determinação do profissional, o que sinaliza o desejo por um parto tranquilo, rápido, sem dor, independente da via de parto. Dezesete mulheres afirmam que o médico que escolheu a via de parto. As frases temáticas ilustram o achado:

*“O médico mesmo escolheu”, eu também queria cesariana, eu tenho medo de ganhar normal.* (M10)

*“Não teve escolha não”, é a doutora que acompanha o pré-natal, que fez o toque e falou que era normal.* (M 20)

O medo da dor emerge no discurso inicialmente como o motivo principal para querer ter uma cesariana ou para justificar o fato de as mulheres mudarem de opinião quanto ao tipo de parto no decorrer da gravidez.

*Eu tenho medo de ganhar normal, aí eu optei pela cesárea, mas também o médico optou pela cesárea.* (M 10)

*Eu queria normal, mas quando você tá ali sentindo as dor, cê queira, só pra não tá sentindo dor fazer nem que seja uma cesariana.* (M 17)

*É muita dor, o parto não é uma experiência prazerosa, é muito difícil, mas a cesariana não é indicada, a gente vai de parto normal mesmo.* (M 19)

*Eu queria normal, só que depois eu vi a menina ganhando.* (M 26)

Num discurso argumentativo, as mulheres apontam várias justificativas, que vão além do medo da dor para explicar a escolha por um tipo de parto.

*A médica decidiu fazer o parto cesárea, pelo fato de que não estava dilatando e perdendo bastante líquido.* (M 12)

*Não tinha mais jeito porque eu estava com pouca dilatação e a criança já estava passando da hora.* (M 14)

*A doutora porque quatro vezes fez o toque e nada de dilatação, eu nem cheguei a entrar em trabalho de parto, já estava passando de hora.* (M 21)

*Ele falou que eu não podia ter possibilidade de normal porque já tem duas cesáreas ia romper meu útero.* (M 25)

*Chegou na hora teve que fazer cesárea por causa do cordão que começou a sair.* (M 18)

*Pela minha idade, a gravidez ser de risco, infecção, anemia, não tinha passagem, começou a dilatar mais não foi pra frente, então não tinha jeito e ela queria nascer de todo jeito, não queria esperar mais, então, foi o melhor a cesárea.* (M 24)

*Eu tava com medo de não conseguir porque pelo Ultrassom o bebê era muito grande.* (M 28)

Esses achados demonstram que as parturientes incorporam argumentos técnicos do campo da saúde no seu discurso, como parada da dilatação, rompimento uterino, infecção e perda de líquido para justificar a necessidade de intervenção. Algumas indicações relativas para cesárea, como bebê grande e gravidez de risco, ainda emergem no discurso.

Pode-se constatar pelas narrativas das mulheres que, embora elas tenham participado da escolha da via de parto, essa decisão parece não ter sido embasada em dados consistentes. Elas demonstram arrependimento e sentimento de decepção com o desfecho do parto.

*Eu achei que era melhor, que ia ser mais fácil, mais eu conclui que não é, foi desagradável, se fosse pra escolher agora eu escolheria cesárea.* (M 3)

*Achei que o parto normal era mais normal, mas depois passa né.* (M 31)

*Mas eu já vim pra cá sabendo que eles iam tentar o parto normal até o último caso.* (M 28)

As parturientes expressam que elas já desejavam inicialmente o parto normal e sinalizam alguns motivos pela escolha da via natural de parto, doze mulheres afirmam que sempre quiseram parto normal; as seguintes frases temáticas ilustram este achado:

*A recuperação dele é mais rápida, a cesárea você sente dor e recupera, mas eu estava optando pelo normal.* (M 28)

*Eu sempre tive medo de cesárea, da anestesia, normal a gente sofre, mas um sofrimento que o neném nasceu acabou.* (P 2)

*Por o meu primeiro filho já ter sido normal, aí a neném que tava sentadinha, virou e encaixou, teve tudo pra ser normal.* (P 30)

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

*Eu que escolhi, fiz o plano de parto, estudei, ninguém me induziu a nada, falou você tem que fazer assim. É lógico que no caso da doula, ela te dá as dicas. Ela pergunta o que*



*você quer e fala então você tem que ler sobre isto, ela te dá o caminho, mas as escolhas quem vai fazer é você.* (M 35)

*Eu que convenci todo mundo, meu marido, minha família, tive muita dificuldade, porque aqui no município é raro alguém querer parto normal. Eu ouvi todo o tipo de comentário que você imagina: “ah, é vaidade! Ah, é caro fazer uma cesárea! “Não porque eu sei que é melhor pra mim e pra minha filha, e é por isso que eu quero”. E foi passando e a neném não queria nascer, e eu esperei uma semana e o povo fala mais ainda na cabeça da gente “ vai passar de hora, ah ela tá mexendo, ah como está”. (M 36)*

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

## **2ª Categoria - A complexidade da escolha da via de parto**

A opção pela via de parto é um tema complexo na perspectiva do profissional médico. Inicialmente é enunciado como um critério essencialmente técnico, com indicações descritas nos manuais e livros de obstetrícia e na evolução do trabalho de parto, de acordo com os limites definidos pelo partograma.

*São os critérios clássicos que estão nos livros, se a paciente está em TP e se a gente deixou ela ir para o parto normal é porque tem condições.* (Med 12)

*A indicação é pura e simplesmente Obstétrica, a gente observa se a paciente tem condições de parto, se ela quer o parto, se o acompanhante é sensível às orientações e se o parto está evoluindo de acordo com o partograma.* (Med 3)

*Os critérios são principalmente técnicos.* (Med 5)

À medida que as narrativas evoluem, emergem questões da subjetividade dos sujeitos, que fogem destes critérios técnicos estabelecidos por protocolos assistenciais em relação à determinação do tipo de parto.

*Olhar assim é complexo, envolve muita coisa. Existem as condições para o parto que é da mãe, existem as condições do feto e as condições do obstetra e da própria equipe.* (Med 2)

*Tem várias situações, a resposta é muito individual, às vezes, mesmo não tendo uma indicação absoluta de cesárea, você opta por parto por via alta, por causa desta situação. Cada parto é uma história, cada paciente é uma história e cada obstetra é uma história.* (Med 6)

*Eu já fui mais técnica, porque tem critérios bem teóricos, e tem que ser baseado no partograma.*

Na perspectiva do médico, a mulher em trabalho de parto exige cuidados e outras habilidades que não são apenas técnicas, seu comportamento é imprevisível e foge às regras que estão nos protocolos das maternidades.

*TP bom pra mim é aquele que é rápido, eu não gosto daquela coisa muito arrastada, sofrida. Eu defendo o parto normal tranquilo, que evolui como deve evoluir. Mas a gente tem que pensar também, porque se a gente olhar só o que as mulheres acham, a gente faz cesárea em todo mundo.* (Med 1)

*Se não tem nenhuma contraindicação para um parto normal, tá certo. Agora, tem que pensar também na paciente, na receptividade dela. Se a mulher cismar que não quer um parto normal é muito complicado.* (Med 9)

*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.* (Med 11)

Identifica-se uma inversão de valores culturais e sociais tanto das mulheres como dos profissionais de saúde em relação à via de parto. Muitas mulheres escolhem o parto cirúrgico antes mesmo de engravidar ou entrar em trabalho de parto, como forma não dolorosa de ter filhos. E o profissional de saúde, diante desse fenômeno e da dificuldade de sustentar o seu discurso, acaba tomando decisões, influenciado por questões financeiras, de comodidade e de tempo.

*A mulher já vem de cabeça feita “eu quero cesárea”, tentava convencê-la, não conseguia, então falava: “então vamos, azar o seu”.* (Med 8)

*Hoje em dia quase virou um comércio, a paciente quer exigir muito, mas ela mesma não dá nada.* (Med 6)

*Os critérios são principalmente técnicos, mas as mulheres acham que ganhar de parto normal é sofrer desnecessariamente.* (Med 5)

*A cesárea já é uma cultura na cidade, tem muita gente desestruturada, que vem, acha que desfilar com o neném na barriga é bonito. E aqui na hora do parto não deixa fazer o toque, não ajuda, começa a pedir cesárea antes de entrar no hospital.* (Med 7)

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

*Hoje a paciente não quer sentir dor nenhuma, não quer ter trabalho nenhum. A gente vê que a paciente quer parto normal, mas ele dói, elas não são preparadas para o parto.* (Med 10)

*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.* (Med 13)

*Eu não faço parte da turma que faz partos a pedido, se tem condições de nascer de parto normal, vai nascer normal. (Med 4)*

No discurso médico, a cesárea é apresentada como um procedimento seguro e previsível representa um procedimento tranquilo e dentro do seu controle.

*Naquele íntimo mesmo, eu faria cesárea em todo mundo, porque trinta anos de profissão, cansado, parto normal estressa, é que tem que seguir as regras, se dependesse de mim faria cesárea em todo mundo. Eu te falo isso porque aqui na região o que é mais falado é que no hospital a gente mata menino, não tem elogio, é só crítica. E a mulher com medo dá trabalho. (Med 7)*

*Eu gosto de fazer parto, mas gosto de fazer cesárea também. (Med 10)*

Na perspectiva do médico, a cesárea é um procedimento muito simples e inócuo, o que se torna um problema muito sério. O tempo médio gasto em um parto cirúrgico é em torno de 40 a 50 minutos e depois que o obstetra entrega o recém-nascido para o pediatra ele não se sente mais responsável. O importante é que a mãe e o filho saiam vivos do parto, mesmo que a experiência tenha sido traumática como ele mesmo afirma no seu discurso:

*Não tem outro jeito, se tivesse outro jeito eu faria, não fui eu que inventei o parto, foi Deus. (Med 7)*

Deseja-se que o parto evolua e aconteça o mais rápido possível para a criança nascer logo e a equipe médica dar sequência ao atendimento de outras mulheres, ou para que possa realizar outras atividades. E esta forma de compreender a evolução do parto contribui muito para aumentar os índices de cesárea e perpetuar o modelo intervencionista.

*Por exemplo: vem de cima que pode ter só trinta por cento de cesárea, então educa estas pacientes, porque elas acham que parto normal é humilhante, se elas tivessem dinheiro e pagassem, elas fariam uma cesárea. (Med 4)*

*Em 2012 nosso índice de cesárea deu 80,4%, mas vou te explicar: médico de fora que vem operar aqui, tem doutor que faz 6,7 cesáreas. Toda quarta-feira os índices de cesáreas vão lá aos mil no município. Tem outro médico que trabalha aqui que é outro alopado e não tem paciência de evoluir. (Med 14)*

*Eu aviso pra paciente que o parto só é normal por via baixa depois que nasce. Eu já preparo a paciente que eu posso fazer um fórceps, que pode virar uma cesárea, para o pior na concepção dela. (Med 8)*

Identifica-se na narrativa a preocupação expressa no discurso com as metas a serem cumpridas. Sensibilizada com esta questão, a OMS enfatiza a importância de se concentrar as ações na necessidade de cada paciente<sup>(3)</sup> e desencoraja o foco em tentar alcançar determinados indicadores.

### 3ª Categoria - É preciso legitimar a escolha da mulher

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

*A definição do tipo de parto mesmo é feita pelo médico. (Enf 3)*

*A gente discute os critérios de escolha do tipo de parto, mas por enquanto aqui estas rotinas estão girando mais em torno do médico, mas nós temos liberdade dada pelos mesmos para discutir os casos. (Enf 10)*

A assistência ao parto é percebida como verticalizada, o desejo e as escolhas das mulheres registradas no plano de parto são desconsideradas. Em muitos momentos do processo as determinações do médico são feitas, no sentido de ordem a serem cumpridas:

*A assistência, muitas vezes, é imposta, a mulher não fica à vontade para escolher. Ela vem com uma imagem de como vai ser o parto e tudo e o profissional impõe, direciona a mulher do jeito dele, tinha que ser o contrário. (Enf 5)*

*A gente tem um alto índice de cesárea pela impaciência de aguardar o TP, 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. (Enf 6)*

O discurso do parto como um evento natural e fisiológico é enfatizado nas narrativas. A assistência obstétrica deve incorporar os princípios de cuidado e estímulo à fisiologia de parir.

*O parto é uma coisa muito natural, mesmo se não tiver ninguém ele acontece, pra mim se deixar bem dizer tudo é parto normal. (Enf 4)*

*Eu acho que a melhor via é o parto normal, pra mãe e para o bebê, a gente tem menos morte materna, menos complicação neonatal. Hoje fala-se muito de cesárea, ai eu tenho medo de falar assim: “eu não sou a favor de cesárea a pedido” e parecer que eu sou muito caxias, não é isto, eu acho que para escolher a cesárea a pedido tem que ser muito orientada e normalmente não é. (Enf 8)*

Faz-se necessário legitimar as escolhas das mulheres, conferindo-lhes autonomia como uma forma de ser e de agir durante todo o processo.

*Mesmo que seja uma escolha que não deu certo, independente de ser parto normal ou cesárea, mas que tenha a oportunidade de vivenciar, de pelo menos tentar, pra não ficar deprimida. Por que, às vezes, o sonho da paciente é ter parto normal, no primeiro exame que o medico faz fala “não vou esperar parto normal” e já entra para cesárea, tem mulher que chora, é importante validar esta escolha. (Enf 9)*

No cenário atual de assistência ao parto, o profissional enfermeiro tem dificuldade de sustentar um discurso em defesa do parto normal. Frente aos fatores culturais, aos limites da parturiente e a condução desfavorável da evolução do trabalho de parto, ele acaba por aderir a um discurso predominante no campo da saúde.

*Eu acho que são os critérios e também a iniciativa da mãe. A classe média alta sempre vai escolher a cesárea. (Enf 2)*

*Os critérios são vários, mas no meu olhar, às vezes, ela tem condição de ter parto normal, mas ela está muito cansada, exausta, ela mesma te fala “eu não dou conta, você ajuda, mas tem que ter um limite”. (Enf 7)*

*A cesárea é uma cirurgia como outra qualquer, tem as indicações, mas eu penso que se eu não dou conta de acompanhar TP, de ter uma boa vivência, a mulher sair daqui infeliz, traumatizada, ter um parto normal intervencionista, que faça logo uma cesárea de uma vez. (Enf 8)*

Os profissionais médicos muitas vezes montam todo um cenário de necessidade clínica da cesariana, criando uma situação limite e hostil, com o intuito de persuadir e convencer a parturiente, os acompanhantes e até mesmo o enfermeiro obstetra, que passam a acreditar que não há mais condições para se conduzir o trabalho de parto.

## DISCUSSÃO

A análise dos resultados do presente estudo permite considerar que a escolha da via de parto está intimamente relacionada com os fatores culturais e sociais e a um modelo de assistência ao parto intervencionista, o qual influencia a capacidade de enfrentamento autônomo das mulheres, frente à experiência de parir. A cesárea, culturalmente, é percebida como mais prática e mais confiável, criando-se um paradoxo entre o desejo individual e o pensamento coletivo<sup>(11)</sup>.

As mulheres estão condicionadas a pensar que não tem o direito a opção programada pela cesárea eletiva no SUS, devido à normatização das políticas públicas; discurso que é contrário a condição social de mulheres que, afirmam ter este privilégio de escolher a via de parto, por possuírem um plano de saúde suplementar<sup>(12)</sup>.

A expectativa de muitas mulheres em relação ao parto é baseada nessa assistência intervencionista, que passou a ser tida como natural ou tradicional<sup>(13)</sup>. Herança de um modelo tecnocrático de assistência ao parto, que difundiu a ideia de passividade da mulher imobilizada durante o parto, enquanto sofre intervenções por profissionais desconhecidos para abreviar o tempo até o nascimento. As práticas educativas não são capazes de transpor a cultura da cesárea construída socialmente.

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

As situações relacionadas à escolha da via de parto são conflituosas e assimétricas, médicos e enfermeiros possuem valores distintos<sup>(1)</sup> na essência e, não obstante, na aparência. O discurso médico se diz persuadido pela mulher que deseja a cesárea ou que não tolera a dor, contradizendo o discurso da enfermeira que afirma que a mulher escolhe o parto cesárea com medo da sua dor ser negligenciada ou de ser desrespeitada durante o trabalho de parto.

Essa problemática em relação à escolha da via de parto não é recente, sendo necessárias buscar novas formas de compreender os fatores que envolvem este processo<sup>(14)</sup>. Sabe-se que o modo de nascer pode ter repercussões a longo prazo para mãe e filho, sobre o risco de desenvolver doenças crônicas e autoimunes conforme o tipo de parto<sup>(15)</sup>. E acrescido a estes riscos, a via de parto, conforme sua indicação e condução pode configurar-se em uma forma de violência obstétrica.

Acredita-se que as perspectivas das mulheres em relação à via de parto são consequências do acesso e disponibilidade das informações durante o pré-natal. Estas orientações são interpretadas de acordo com a história de vida de cada mulher. Nesse sentido, a abordagem sobre a via de parto durante o pré-natal compreende uma ação educativa, pois possibilita à gestante conhecer alternativas de assistência durante o trabalho de parto e o parto e aprender a lidar com as diversidades que possam surgir neste momento<sup>(16)</sup>.

No cenário assistencial das pequenas maternidades investigadas nesta pesquisa, a enfermagem obstétrica ainda tem uma atuação tímida, principalmente no que se refere à escolha do tipo de parto, embora se reconheça que a presença da enfermeira obstetra é essencial para apoiar a mulher na condução do trabalho de parto e parto, e ampliar os conhecimentos dela sobre esse momento, reduzindo as influências externas que direcionam para um parto com intervenção<sup>(17-18)</sup>.

O medo da dor, a rapidez e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas aparecem nos discursos como os principais argumentos utilizados tanto por obstetras como pelas parturientes, para justificar as suas escolhas. Outro motivo que desponta nas narrativas como um possível determinante no aumento de cesarianas são as preferências pessoais de obstetras e mulheres. Resultado que se assemelha a um estudo sobre esta mesma temática, realizado num município do Sul do País<sup>(19)</sup>.

Outra reflexão importante a ser feita em relação à assistência ao parto é que, 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<sup>(20)</sup>. 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.

Dando continuidade a esta linha de pensamento, ao direcionar o nosso olhar para o parto como o desfecho da gravidez e para as cesáreas desnecessárias, com implicações negativas para a saúde de parturientes e bebês, pode-se concluir que, apesar de algumas mulheres assumirem a cesárea como escolha inicial, elas não estão sendo orientadas das vantagens e desvantagens da via de parto<sup>(21)</sup> e não estão conscientes dos riscos da prematuridade e de suas consequências.

A avaliação da assistência recebida no momento do parto não depende exclusivamente da via de parto, a insatisfação ou a satisfação das mulheres com a experiência do parto está intimamente relacionada com atenção e disponibilidade da equipe<sup>(17)</sup>.

Compreende-se que a construção de uma relação de respeito e confiança entre os profissionais de saúde e as mulheres é uma estratégia essencial de cuidado e deve ser priorizada. E pode-se deduzir que, para alcançar este objetivo, é necessário considerar a subjetividade e as necessidades de cada mulher, validar as suas escolhas, de forma que elas tenham uma atitude crítica diante das orientações recebidas, sendo capazes de reconhecer os benefícios e os riscos relacionados à opção escolhida como via de parto.

### Limitações do estudo

Cabe salientar que, o estudo apresenta limitações por ter sido desenvolvido em maternidades pequenas do interior de Minas Gerais, onde a atuação do enfermeiro obstetra ainda é tímida e os cenários investigados não oferecem tecnologia de cuidado como o parto na água, analgesia para o parto normal, o que pode ter interferido nos resultados encontrados, não possibilitando generalizações.

Apesar dessas limitações, os resultados apontados podem subsidiar novas pesquisas acerca da qualidade da assistência ao parto na rede pública e privada e sobre as expectativas de mulheres e profissionais em relação à escolha da via de parto

e suas implicações na saúde de mães e bebês, procurando fazer uma interface com as políticas públicas de saúde vigente.

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados evidenciam que é necessário adotar medidas que busquem fazer com que os profissionais de saúde tenham um papel mais ativo para orientar as mulheres e os seus familiares sobre os benefícios e prejuízos implicados com a escolha do modo de nascer. De maneira a combater as taxas abusivas de cesáreas no país, fenômeno que tem tido repercussões negativas e persistentes na saúde de mulheres e crianças.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam a complexidade que envolve o processo de escolha da via de parto. Na perspectiva das mulheres, essa escolha é determinada pelo profissional durante a consulta de pré-natal ou no momento do exame, sendo pequeno ainda, o número de mulheres que participam de forma autônoma e consciente deste processo. A atuação do enfermeiro, principalmente nas pequenas maternidades investigadas, ainda é restrita, embora sua presença seja fundamental para o estímulo ao parto fisiológico e para promoção da participação ativa das mulheres. A opção sobre a via de parto é muito centrada no poder do médico, mesmo que esta decisão contrarie o desejo e o plano de parto realizado anteriormente pelas mulheres.

### REFERÊNCIAS

1. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? Cad Saúde Colet[Internet]. 2014[cited 2016 May 28];22(1):46-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>
2. Silva GPS, Jesus MCP, Merighi MAB, Domingos SRF, Oliveira DM. The experience of women regarding cesarean section from the perspective of social phenomenology. O Braz J Nurs [Internet]. 2014 [cited 2016 May 28];13(1):5-14. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4214>
3. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. Femina [Internet]. 2010[cited 2016 May 28];38(8). Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1585.pdf>
4. Organização Mundial da Saúde – OMS. Declaração da OMS sobre taxas de cesárea[Internet]. Universidade Aberta do SUS-UNASUS. 2015[cited 2016 May 28]. Available from: <http://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>
5. Souza JP, Pileggi-Castro C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014[cited 2016 May 28];30(Suppl.1):S11-S13. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf)
6. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. Deciding the route of delivery in Brazil: themes and trends in public health production. Texto Contexto Enferm[Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 27];25(1):e3570014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>
7. Oliveira VJ. O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres [Tese] [Internet]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016 [cited 2017 Feb 27]. Available from: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/580D.PDF>
8. Reis ZS, Lage EM, Aguiar RA, Gaspar JS, Vitral GL, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2014[cited 2017 Feb 27];36(2):65-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00065.pdf>
9. Gregolin MR. Foucault e Pêcheux na análise do discurso: diálogos e duelos. 3 ed. São Carlos: Claraluz; 2007.
10. Laperrière A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: Poupart J. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 3 ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
11. Bittencourt F, Vieira JB, Almeida ACCH. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. Cogitare Enferm [Internet]. 2013[cited 2017 Feb 27];18(3):515-20. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/33565/21063>



12. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014[cited 2017 Feb 27];67(2):282-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf>
13. Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2014[cited 2017 Feb 27];30(Sup):S154-S168. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf>
14. Aquino EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014[cited 2017 Feb 27];30(Sup):S8-S10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf>
15. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comum* [Internet]. 2015[cited 2017 Feb 27];10(35):1-12. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013)
16. Iorra MRK, Mambal A, Spillere RG, Nader SS, Nader PJH. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2011[cited 2017 Feb 27];155(3):260-8. Available from: [http://www.amrigs.com.br/revista/55-03/0000045956-Revista\\_AMRIGS\\_3\\_artigo\\_original\\_aspectos\\_relacionados.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/55-03/0000045956-Revista_AMRIGS_3_artigo_original_aspectos_relacionados.pdf)
17. Pereira AL, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene* [Internet]. 2011[cited 2017 Feb 27];12(3):471. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a017\\_-\\_autonomia\\_no\\_parto\\_normal\\_na\\_perspectiva\\_das\\_mulheres\\_atendidas\\_na\\_casa\\_de\\_parto\\_-\\_rene\\_2011.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a017_-_autonomia_no_parto_normal_na_perspectiva_das_mulheres_atendidas_na_casa_de_parto_-_rene_2011.pdf)
18. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015[cited 2017 Feb 27];24(2):336-43. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00336.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00336.pdf)
19. Leguizamón JT, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioét*[Internet]. 2013[cited 2016 Jun 19];21(3):509-17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300015>
20. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB, et al. "No final compensa ver o rostinho dele": vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015[cited 2016 Jun 19];36(esp):143-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v36nspe/0102-6933-rgeenf-36-spe-0143.pdf>
21. Chaves RL. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014[cited 2016 Jun 19];30(Sup):S14-S16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0014.pdf>