

**FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO – FACIPE
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ANNELISE CÂNDIDO ALVES DA SILVA
JEILANE BEZERRA DA SILVA

**PROTAGONISMO DA MULHER NA ESCOLHA DA VIA DO PARTO:
CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Recife - PE
2015

ANNELISE CÂNDIDO ALVES DA SILVA
JEILANE BEZERRA DA SILVA

**PROTAGONISMO DA MULHER NA ESCOLHA DA VIA DO PARTO:
CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Karla Romana Ferreira de Souza Pires

Co-orientadora: Es. Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade

AGRADECIMENTOS

Nenhuma batalha é vencida sozinha. No decorrer nesta luta algumas pessoas estiveram ao nosso lado e percorreram este caminho como verdadeiros soldados, estimulando que buscássemos a vitória e conquistássemos o sonho.

Agradecemos em primeiro lugar a Deus, que nos ouviu nos momentos difíceis, nos confortou e nos deu forças para chegar onde estamos. Agradecemos aos nossos pais, que não só neste momento, mas em toda nossa vida estiveram ao nosso lado fornecendo apoio e compreensão, ensinando a ter força e se tornar um ser humano íntegro, com caráter, coragem e dignidade para enfrentar a vida. Que nos deixou livres para seguir nossas escolhas, porém indicando o caminho correto. Agradecemos a todos os familiares e amigos que sempre estiveram nos dando apoio. Agradecemos a todos os professores e colegas que fizeram parte desta jornada, compartilhando experiências e aprendizado.

Annelise e Jeilane

PROTAGONISMO DA MULHER NA ESCOLHA DA VIA DO PARTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

WOMAN'S LEADERSHIP TOWARDS THE BIRTH OF CHOICE: CONTRIBUTION TO NURSING CARE

Annelise Cândido Alves da Silva¹; Jeilane Bezerra da Silva²; Karla Romana Ferreira de Souza Pires³ 1 –
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem Faculdade Integrada de Pernambuco FACIPE; 2 - Graduanda em
Bacharelado em Enfermagem Faculdade Integrada de Pernambuco FACIPE; 3 –Mestrado em Enfermagem pela
Universidade Federal da Paraíba; Professora da Faculdade Integrada de Pernambuco FACIPE FACIPE

RESUMO

A mulher exerce papel relevante na escolha da via do parto e essa escolha é influenciada por diversos fatores sejam eles físicos, emocionais ou psicológicos. A incerteza pelo desconhecido, a ansiedade, o medo da dor, as representações e interpretações construídas socialmente ao longo dos anos baseadas nas experiências e conhecimentos acumulados por gerações. No entanto, essa autonomia deve estar vinculada às evidências científicas que permitam identificar a melhor conduta a ser adotada no momento da concepção da criança. Essa necessidade de deixar que mulher escolha sua via de parto faz parte de um pensamento, de um política e programa com foco no parto humanizado. Com base nisso, este trabalho traz como objetivo investigar teoricamente o protagonismo da mulher na escolha da via de parto. Para construção do referencial teórico são feitas colocações sobre princípios históricos sobre o parto, os tipos e fatores que influenciam a decisão da mulher sobre a via de parto que mais lhe satisfaz. O estudo foi feito a partir de uma revisão narrativa de literatura, onde foram selecionados artigos publicados de 2010 a 2015 nas bases de dados: *Medical Literature on Line* (MEDLINE), *Literatura da América Latina e Caribe* (LILACS), *Scielo*, *Base de Dados de Enfermagem (BDENF)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Index Psi Periódicos Técnico-Científicos (INDEXPSI)* sendo excluídos artigos anteriores a essa data com o critério de tornar o texto atualizado quanto ao tema proposto. Concluiu-se que a autonomia de decisão e escolha da mulher sobre a via de parto é impactada por questões socioculturais, em que o medo e a dicotomia do parto normal *versus* cesárea exercem forte influência.

Palavras-chave: Tomada de decisão. Parto. Escolha. Saúde da Mulher. Enfermagem Obstretícia.

ABSTRACT

The woman plays an important role in choosing the route of delivery and that choice is influenced by several factors whether physical, emotional or psychological. The uncertainty of the unknown, anxiety, fear of pain, the representations and interpretations socially constructed over the years based on the experiences and knowledge accumulated by generations. However, this autonomy must be linked to the scientific evidence to identify the best approach to be adopted at the time of the child's conception. This need to let women choose their mode of delivery is part of a thought, of a policy and program focusing on humanized birth. Based on this, this work has as objective theoretically investigate the woman's role in the choice of mode of delivery. To build the theoretical framework placements are made on historical principles on labor, types and factors that influence a woman's decision on the mode of delivery that most satisfies you. The study was done from an integrative literature review, which were selected articles published 2010-2015 in databases: Medical Literature on Line (MEDLINE), Literature in Latin America and the Caribbean (LILACS), SciELO, Database Nursing (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and Index Psi Journals Technical and Scientific (INDEXPSI) being excluded from previous articles that date with the criteria to make the updated text on the proposed theme. It was concluded that the decision-making autonomy and the woman's choice about the mode of delivery is impacted by socio-cultural issues, in which fear and the dichotomy of vaginal delivery versus cesarean section have a strong influence.

Keywords: Decision taking; delivery; Choice. Women's Health. Obstetric nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 METODOLOGIA	8
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
3.1 Princípios históricos sobre parto	9
3.2 Tipos de Parto.....	12
3.3 Fatores que influenciam a escolha do tipo de Parto	13
3.4 A contribuição do enfermeiro obstetra na assistência ao parto.....	15
4 CONCLUSÕES	18
5 REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

O parto e a gravidez, embora estejam relacionados à concepção da vida, diferenciam-se pelos sentimentos gerados enquanto são vivenciados. A gravidez caracteriza-se por ser um período adaptativo, onde as mudanças vão ocorrendo gradativamente mediadas por uma mistura de sentimentos que, em geral, são vistos como únicos e especiais uma vez que representa uma nova etapa na vida da mulher que é o papel de ser mãe¹. Já o parto é caracterizado como um evento de transformações abruptas tendo em vista que se dá em meio à ansiedade, a insegurança, a imprevisibilidade e a dor causando sofrimento à mãe, ainda que o mesmo, resulte numa experiência de alegria².

A representação social do parto identifica-a como uma etapa dolorosa da gravidez e é influenciada por fatores socioemocionais, culturais e ambientais do contexto em que a mãe está inserida. Esses fatores determinam a forma como a parturiente sente e interpreta o parto¹⁻³. Desse modo, a gestação e o parto, embora sejam eventos naturais e fisiológicos, devem acontecer de forma autônoma, favorável e não invasiva, permitindo a parturiente participar ativamente na tomada de decisões sobre o seu parto².

Os avanços científicos e tecnológicos da assistência ao parto, evidenciados nas últimas décadas, vêm trazendo inúmeros benefícios para partos considerados de alto risco, reduzindo significativamente os índices de morbimortalidade materna e neonatal. Esses avanços vão além das técnicas e ferramentas utilizadas para o momento do parto alcançando os aspectos psicossociais da parturiente, possibilitando-lhe ser protagonista na escolha do tipo de parto que deseja submeter-se¹.

Mas nem sempre foi assim. Ao longo da história, o parto normal era ofertado como opção única da mulher, de maneira que qualquer outro tipo de intervenção somente era possível quando o parto normal era completamente inviável. No Brasil, o parto normal está relacionado à figura de dor e sofrimento em razão de seu caráter fisiológico⁴. Ainda hoje essa forma de parto impõe à mulher um comportamento que exija dela a superação da dor durante o evento. Sua natureza fisiológica expõe a fragilidade das mulheres gerando conflitos emocionais e metabólicos e passa a falsa ideia, culturalmente construída de que uma cesárea, decidida e agendada antecipadamente, proporciona um “parto se dor”⁵.

O parto cesáreo vem crescendo gradativamente no Brasil que hoje apresenta índices elevados (58,6%) em relação a outros países do mundo como os EUA (24,7%), Canadá (19,5%), Dinamarca (13,1%) e Austrália (7,5%)⁴. Isso mostra um crescimento relevante do protagonismo feminino diante do parto, em especial, das mulheres que possuem plano de saúde⁸. Contudo, embora tenha havido significativas mudanças ao longo dos anos no tocante à parturição, ainda há muitos casos em que não é permitido a gestante optar sobre sua via de parto, de maneira que a decisão médica final é tomada no momento do evento⁶.

A assistência a parturiente quanto ao tipo de parto vem demonstrando relativa preocupação quanto à escolha frequente pelo parto cesáreo. Os índices têm se elevado no que diz respeito ao modelo intervencionista que permite a mulher decidir o processo de parto e nascimento¹. É importante salientar a necessidade de que ela seja informada, por meio de diálogo com a equipe de saúde, acerca das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor forma a ser adotada em determinadas situações e os riscos inerentes à sua decisão, tanto para ela como para o conceito⁷. Todos esses fatores, tornam relevante a necessidade de compreender os aspectos relacionados às decisões sobre as vias de parto⁸.

Diante do exposto, esta pesquisa pretendeu responder a seguinte pergunta problema: “O que a literatura científica aborda sobre protagonismo da mulher na escolha da via do parto?” Vale salientar que o interesse pela temática abordada surgiu durante as aulas de práticas curriculares da disciplina saúde da mulher, em uma maternidade na cidade do Recife onde as autoras perceberam que a maioria das mulheres em processo de parto e nascimento não optam pela via de parto.

Portanto, este estudo teve o objetivo de investigar o protagonismo da mulher na escolha da via de parto.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão narrativa da literatura que consiste num método de pesquisa capaz de estabelecer uma síntese e conclusões gerais a respeito de uma área de estudo em particular, realizada de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento investigado. Esse tipo de revisão seguiu os mesmos padrões de rigor metodológico de uma pesquisa original, considerando os aspectos de clareza, para que o leitor possa identificar as reais características dos estudos selecionados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos publicados na língua portuguesa relacionados diretamente com a temática escolhida, desde que publicados no período de 2010 a 2015. Foram excluídos os estudos publicados em períodos anteriores tendo em vista a necessidade de uma discussão atual sobre a temática estabelecida. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados: *Medical Literature on Line* (MEDLINE), *Literatura da América Latina e Caribe* (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *CumulativeIndex to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Index Psi Periódicos Técnico-Científicos (INDEXPSI). Para o levantamento das pesquisas nas bases de dados LILACS, BDENF e INDEXPSI, foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na Biblioteca Virtual de Saúde: Tomada de Decisão; Parto; Escolha de um total de aproximadamente 604 publicações.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados quinze artigos na íntegra, os quais foram realizadas leituras e releituras na íntegra. Após essa etapa foram elaboradas as seguintes categorias temáticas: Princípios históricos sobre o parto; Tipos de partos; e Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto. Que serão abordados a seguir.

3.1 Princípios históricos sobre parto

Ao longo da história, o parto sempre foi visto como um evento unicamente feminino. Durante o período Paleolítico, as mulheres faziam parte da comunidade e não havia reconhecimento sobre a identidade do pai de modo que durante o trabalho de parto ela ficava isolada sem nenhum tipo de ajuda. Com a evolução e o surgimento do *Homus Sapiens* e *Cromagnon*, um sistema social é estabelecido e as mulheres passam a ter um parceiro fixo. Neste período, o parto passa a ser assistido por magos e pela família⁹.

No entanto, a historicidade da assistência ao parto inicia quando as próprias mulheres se auxiliam acumulando saberes sobre a parturição que foram passados de geração em geração. Com isso, os valores começaram a ser agregados aos conhecimentos sobre o processo de nascimento tornando este, o evento mais importante da vida da mulher¹⁰.

As mulheres consideradas mais experientes e com mais conhecimentos sobre a parturição passaram a atender partos domiciliares, embora não tivessem qualquer saber científico. Nas mulheres que viviam em áreas urbanas, os partos eram realizados por parteiras, e em mulheres que viviam em zonas rurais, o parto era realizado pelo próprio marido. A parteira era capaz de vivenciar com a mulher todo o processo de nascimento e esse trabalho era feito com dedicação e sua sabedoria inata. Não havia pressa e todo o processo era realizado com prudência^{4,6}.

O surgimento das universidades e dos cursos para formação de médicos estavam ligados à igreja. Para serem admitidos nessas instituições ou cursos, os homens deveriam pertencer as classes altas o que tornava o ingresso das parteiras impossível. Outro fator que deixava a parturição em segundo plano era o conhecimento de que a gravidez e o parto não eram doenças, e por essa razão, não eram incluídos nos currículos médicos⁷. Por não ter formação acadêmica, as

parteiras pertenciam a classes inferiores e realizavam os partos normais enquanto que os procedimentos cirúrgicos eram realizados pelos médicos nas enfermarias dos hospitais. As parturientes de partos normais nunca eram levadas a esses ambientes⁵.

A grande transformação na obstetrícia ocorreu no século XVII com a introdução dos cirurgiões na assistência a parturição, já que na época não havia ainda a obstetrícia e a ginecologia como especialidade médica. As situações inusitadas e complexas faziam com que as parteiras procurassem padres ou rabinos e mais recentemente os barbeiros-cirurgiões e finalmente os médicos. A presença masculina no parto causava inquietação aos que estavam presentes ao evento significando algo mal. Com o passar do tempo os médicos foram assumindo o controle da assistência ao parto⁶.

Entretanto, os médicos não tinham o hábito de acompanhar os fenômenos fisiológicos provenientes do parto normal já que suas intervenções eram apenas para procedimentos cirúrgicos em casos complicados, esse fenômeno passou a ser visto como uma cirurgia e a mulher em trabalho de parto passou a ser tratada e chamada de “paciente”. Nesse sentido, a parturiente passa a ser considerada doente, não tendo autonomia para adotar a posição mais cômoda e fisiológica¹⁰.

Surge então o parto médico e a gestante deixa de ser a protagonista cedendo este espaço para a equipe médica. Há uma inversão de papéis, de modo que todo o processo de nascimento está centrado no médico que passa a obrigar a mulher a deitar-se em posições desconfortáveis podendo decidir sobre a posição mais confortável. As posições verticais, que durante milênios foram as mais utilizadas pelas mulheres, em todas as culturas e raças, passam então a serem negadas pelo obstetra⁷.

Na época defendia-se a ideia de que a substituição das parteiras pelos médicos daria cuidados mais qualificados às parturientes, pensamento que ia de encontro aos movimentos feministas que acreditavam que a medicalização do parto interferia de forma nociva e desnecessária no processo natural. As alterações no exercício da parturição entre parteiras e cirurgiões são sentidas desde o século XVI, onde ambos lutam pela sua afirmação¹¹.

As primeiras décadas do século XIX fazem surgir inúmeros tratados de obstetrícia compostos por conhecimentos e sobre anatomia, patologia e fisiologia, direcionados essencialmente à formação dos cirurgiões parteiros. O modo como o

conhecimento era adquirido entre cirurgiões e parteiras era distinto uma vez que um aprendia por evidências científicas enquanto que o outro aprendia pela experiência culturalmente construída ao longo de anos³.

Por volta de 1880 os médicos passaram a ser mais aceitos pela sociedade e as mulheres das mais diversas classes sociais construíram a crença de que a maternidade, antes criada para os casos mais complexos, era mais seguro para o parto do que seu domicílio. O hospital passou a vender a imagem de poder associar dois mundos, ou seja, ser comparado a um hotel com estrutura suficiente para oferecer serviços de atenção a mãe e ao bebê, com segurança, conforto e internação durante todo o período necessário para recuperação pós-parto⁴.

A criação de instâncias do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) fizeram mudar muitas regras de modo que o médico passou a participar integral e efetivamente do parto¹²⁻¹³. Os anos 70 trouxeram novas mudanças para a epidemia de cesarianas, já que os médicos e os hospitais recebiam pagamento maior do sistema de seguridade social por parto cirúrgico do que por parto vaginal, visto que era vendida. Na década de 1980, todos esses tipos de parto foram feitos sob a forma de pagamento e os cirurgiões passaram a lucrar muito já que este tipo de parto acontece em prazo curto, em torno de duas horas, ocasionando aumento dos agendamentos das cesarianas³.

Todas essas mudanças relacionadas ao parto caracterizaram-no como um evento médico de maneira que ele deixa de ser um evento privado, íntimo e feminino para ser público com a presença de outras pessoas, dando início a formação de pessoal para a assistência ao parto. Contudo, as parteiras continuaram a realizar seu trabalho, agora, sobre os olhares e controle médico⁴.

A formação oferecida era essencialmente prática e as questões relativas ao raciocínio clínico permaneceram com os médicos. As parteiras passaram a ser treinadas para seguir o modelo médico, e delas era exigido que repetissem as técnicas por eles repassadas. Assim, se antes o parto e seus cuidados eram relegados à família, sob a ótica da medicina moderna, esses vínculos foram quebrados e todo o processo passou a ser realizado por instituições hospitalares com meros contatos superficiais³⁻⁵.

3.2 Tipos de Parto

O parto consiste num processo biológico normal vivenciado pela maioria das mulheres sem complicações. Os dois tipos de parto conhecidos são o parto cirúrgico (cesáreo) e o parto vaginal (natural ou normal). Em relação aos partos vaginais, podem ser cirúrgicos ou naturais. Parto normal é instrumentalizado quando utiliza o fórceps, é cirúrgico quando é realizada a episiotomia. É natural quando nenhuma intervenção é realizada e é humanizado quando o protagonismo feminino ocorre independente de ter ou não intervenção (até porque existem casos que elas são necessárias)¹².

Alguns autores definem o parto normal, tomando por base a definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que diz ser o parto que se inicia espontaneamente oferecendo baixo risco durante todo o processo. Neste, a criança nasce espontaneamente, apresentação cefálica de vértice entre as 37 e 42 semanas completas de gestação. Depois do parto, a mãe e o bebê apresentam-se em boa condição⁸.

Há diversas posições que a mulher pode adotar no parto como sentada, deitada, decúbito lateral, litotômica, ginecológica, semi-sentada, em pé, cócoras ou ainda utilizando uma cadeira de parto. Alguns partos também podem ser realizados na água desde que tenham uma banheira adequada. Contudo, mesmo que essa seja uma vontade da parturiente, nem sempre o é possível que o parto seja realizado desta maneira. Nesses casos o parto cesáreo é indicado como via de segurança para a mãe e para o bebê¹⁰.

Por meio de um corte na parede abdominal e no útero é possível à retirada do bebê. No entanto, uma vez que se trata de um ato cirúrgico a recuperação é mais lenta e delicada que a do parto normal, sendo considerado na atualidade um procedimento bastante seguro¹.

Apesar de ambos os partos apresentarem benefícios para a parturiente e o bebê, o melhor será aquele que atenda satisfatoriamente as condições de ambos. Por esse motivo, o pré-natal é fundamental já que traz informações essenciais para ajudar a mulher a decidir junto com o profissional de saúde a opção de parto mais adequado para ela e seu bebê².

3.3 Fatores que influenciam a escolha do tipo de Parto

As representações sociais constituem-se como expressões e interpretações do corpo social acerca de alguns assuntos culturalmente difundidos pela sociedade. Emergem da contribuição de cada indivíduo que revela comportamentos a partir dessas representações⁷.

O estudo das intervenções médicas realizadas sobre o corpo da mulher, mais particularmente do parto cesáreo e suas indicações, permite compreender as representações que a sociedade, a mulher e a equipe médica têm acerca do processo saúde-doença, em um contexto onde os papéis sociais da mulher são mediados e construídos culturalmente⁹.

As representações e interpretações que a mulher faz do parto irão influenciar sua decisão quanto a via que mais se adequa às suas necessidades e satisfação. Muitos fatores serão importantes para justificar o comportamento materno quanto à preferência por determinada via, tais como: suas crenças, suas expectativas particulares, as informações que possui sobre os tipos de parto, a postura do profissional em tender à parturiente, o desrespeito à sua autonomia e o próprio sistema de saúde¹⁰.

Um dos fatores relevantes para a escolha da via do parto consiste na vivência da dor. A dor parece estar relacionada à ansiedade que por sua vez, está atrelada ao medo da imprevisibilidade do parto vaginal e suas consequências⁷. A dor e o medo do desconhecido conseguem ser determinantes socioculturais de influência significativa sobre a representação social da gestante em submeter-se a cesárea. O medo do que não se conhece decorre, sobretudo, da falta de informações sobre a etapa da parturição e dos benefícios potenciais para o binômio mãe e filho⁹.

Os médicos apontam para a dor e o medo de um parto vaginal demorados como fortes razões para que as mulheres optem pela cesariana. No entanto, a grande maioria dos hospitais não possuem técnicas e medicações específicas para reduzir a dor do parto, como o incentivo por posições verticalizadas, exercícios facilitadores do trabalho de partos e a presença de um acompanhante durante todo o processo¹.

Outro fator relevante, construído ao longo do período pré-natal consiste na confiança que deve existir na relação parturiente/profissional. É fundamental que a mãe seja informada sobre todos os aspectos relativos à sua escolha e que ela confie

no profissional que assistirá ao seu parto. A confiança reduz a ansiedade e o medo do inesperado⁶.

No Brasil, os altos índices de partos cesáreos sem embasamento científico são alarmantes e algo de muitas discussões. Praticamente 80% dos partos realizados nos serviços de saúde privados são cesarianas. A cultura cesariana vem se confirmando como uma tendência mundial desde a década de 60 fazendo surgir métodos eficazes que visam à redução de riscos de complicações pós-operatórias e ainda avanços no campo terapêutico da antibioticoterapia e hemoterapia¹.

A escolha da via de parto costuma causar grande discussão clínica, mas geralmente à parturiente não participa dessa discussão, sendo apenas informada. O fato de tal decisão ser tomada de forma exclusiva pelo profissional médico sem considerar a aceitação da gestante tem sido apontado como um dos fatores que contribui para o aumento do parto cirúrgico⁹.

Tais olhares permitem observar a gestação, o parto e o nascimento como funções reprodutivas do mamífero imbuídas de questões culturais, que requerem a participação ativa da mulher. Porém, com a civilização e a evolução da ciência médica, a parturição deixou de ser compreendida pela sociedade como um ato natural e fisiológico de domínio da fêmea mamífera, para ser encarada como um ato médico, sendo o fator segurança a principal justificativa dessa representação⁸.

A necessidade de deixar que a mulher escolha sua via de parto foi discutida na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1988) dando origem à Declaração de Adelaide. O documento propunha a elaboração de políticas públicas voltadas para a prática de parto com base nas preferências e necessidades das mulheres, tornando-as protagonistas de seu próprio parto. Para isso, era fundamental que se respeitasse a individualidade e a opinião da gestante e dos seus familiares já que estes influenciam significativamente em suas decisões¹⁴.

Na área de saúde, o direito à escolha sobre a via de parto, trata-se de um direito humano e reprodutivo, amparado por vários instrumentos legais nacionais e internacionais, de modo que desrespeitar essa autonomia significa banalizar um direito essencial da mulher. Essa visão humanística da autonomia da mulher está colocada no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde lançado em 2000. O objetivo do programa é promover uma gestação, parto e puerpério seguros e humanizados¹³.

Entretanto, é importante destacar que não há parturição humanizada se a mulher não exercer o protagonismo diante do processo escolhendo livremente a posição para parir, o local do nascimento e suas inúmeras vontades e se for levada a abusos e interferências desnecessárias num evento que é particularmente seu¹⁴⁻¹⁵.

Quanto mais informações a mulher possui sobre as formas de parto, sejam estas fornecidas por profissionais de saúde, pela mídia ou internet, mais preparadas estarão para exercer sua autonomia durante o planejamento do parto, em outras palavras, quanto maior o nível de informação, mais autonomia a mulher têm na decisão do tipo de parto que prefere¹⁰.

Por fim, um dos fatores que influencia a decisão do parto é a opinião do profissional de saúde durante a realização do pré-natal. O trabalho educativo realizado durante o acompanhamento da gestante além de tirar suas dúvidas, contribui para esclarecer também os tipos de parto, benefícios e riscos associados. A autonomia pressupõe o direito de escolher com base nas informações que recebe por profissionais responsáveis e atentos para uma escolha competente. O resultado da desinformação e má assistência pré-natal resultaram em experiências traumáticas e assustadoras do momento que deveria ser de amparo e positivo^{7,14}.

Sendo assim, a preocupação com o nascimento saudável e com uma gestação de alto risco pode ocasionar a opção pela via de parto vaginal, uma vez que a gestante considera essa forma de parto como melhor forma em virtude dos conhecimentos que foram sendo repassados por gerações. O parto vaginal é visto como uma possibilidade de protagonismo da mulher no nascimento do filho, além da crença de proporcionar uma melhor relação com o recém-nascido e mais rápida recuperação puerperal. No tocante as dores sentidas durante o evento, estas são consideradas “dores de mãe”, ou seja, um componente natural e essencial da maternidade. A cesárea seria, segundo essa concepção, menos ativa e anularia o protagonismo feminino, retirando o prazer de colocar o filho no mundo¹⁵.

3.4 A contribuição do enfermeiro obstetra na assistência ao parto

Considerando o pré-natal e o nascimento como um momento único e especial para a mulher, o enfermeiro como educador deve assumir a postura de orientar, compartilhar saberes e buscar devolver à mulher a autoconfiança para vivenciar a

gestação, o parto e o puerpério. É durante as consultas de pré-natal que ocorre a preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um processo de intenso aprendizado, oportunizando ao enfermeiro desenvolver a educação em saúde como dimensão do processo de cuidar¹⁶.

O enfermeiro é incorporado oficialmente ao arcabouço legal do SUS, como um profissional de saúde que busca incentivar o parto normal, promover a expressão da sensibilidade, subjetividade e intersubjetividade no ambiente do cuidado, integrando o companheiro e a família, estimulando a fisiologia do parir, propiciando o protagonismo feminino e respeitando suas crenças, seus direitos humanos e reprodutivos¹⁷.

Como parte integrante da equipe de saúde, cabe ao enfermeiro “ participação no planejamento, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovada pela instituição de saúde; participação em projetos de construção e reforma das unidades de internação; prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução do trabalho de parto; execução do parto sem distócia; educação visando a melhoria da saúde da população¹⁸”.

Ao enfermeiro obstetra, cabe-lhe a “assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; realização da episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária”. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), ainda, regulamenta na resolução 223/1999 que a realização do parto normal sem distócia é de competência do enfermeiro e de portadores de diploma/certificado de Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra, assim como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Mulher. Compete a esses profissionais assistir à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; executar a assistência obstétrica em situações de emergência¹⁹.

Segundo o MS, a assistência ao pré-natal é marcada por um período de mudanças físicas e emocionais, objetivando o acolhimento à mulher, além do oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias,

fantasias ou, simplesmente, a curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo¹⁶.

Frente às mudanças do paradigma do cuidado no trabalho de parto e parto, a equipe de enfermagem possui papel decisivo na tomada de decisão, já que estes são os profissionais que se encontram mais próximos da parturiente. O enfermeiro como cuidador, pode vir a orientar a cliente para que realize técnicas de relaxamento sistemático do organismo, já que as contrações, evento normal do processo de parir, se tornam menos intensas quando a paciente deambula ou recebe massagens juntamente com a preparação emocional¹⁸.

Durante as consultas de pré-natal, o enfermeiro é responsável por realizar ações educativas para a gestante e sua família, acompanhar gestações de baixo risco, solicitar exames de rotina e orientar tratamento de acordo com o protocolo da instituição, e também coletar exame citopatológico. Foi conferido também ao enfermeiro, declarar os nascidos vivos dos partos realizados em instituições de saúde e domicílios, desde que estejam devidamente cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) como profissionais responsáveis por estes atendimentos²⁰. A assistência ao pré-natal e ao parto causam direta influência nos coeficientes de mortalidade materno-fetal, assim como podem ser alterados devido aos aspectos biológicos da reprodução humana e por patologias provocadas ou agravadas durante o ciclo gestacional¹⁷.

O enfermeiro nas equipes de Programa Saúde da Família (PSF) é de fundamental importância para o fortalecimento deste modelo assistencial. No que diz respeito à assistência de pré-natal, ele deve mostrar à população a importância do acompanhamento gestacional desde as primeiras semanas de confirmação da gravidez tendo como foco a prevenção, a promoção e o tratamento de distúrbios durante e após a gravidez, assim como informá-la dos serviços que estão a sua disposição¹⁸.

Profissionais que se encontram executando tarefas incumbidas ao enfermeiro, devido carência de recursos humanos de nível médio nessa área e que não possuam formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo COFEN, exercer atividades elementares em instituições de saúde públicas, privadas e em programas de saúde, somente sob orientação e supervisão do enfermeiro¹⁹.

4 CONCLUSÕES

Este estudo investigou o protagonismo da mulher no momento da escolha da via do parto e os fatores que influenciam essas escolhas. Nesse sentido, admite-se que independente da escolha feita, cada via traz consigo indicações específicas e benefícios, quando utilizada de forma adequada. Desse modo, a mulher tem duas opções quanto à parturição que consistem no parto vaginal (natural ou normal) e parto cesáreo. Cabe a ela decidir o que for melhor para o seu caso levando em conta as informações adquiridas durante o acompanhamento pré-natal.

Entretanto muitos fatores influenciam sua decisão, dentre eles, o estudo abordou a dor, as representações sociais e interpretações que foram construídas culturalmente ao longo de gerações sobre a imagem do parto e o sofrimento a ele atrelado. As informações muitas vezes limitadas e distorcidas que as mulheres possuem em relação aos partos também influenciam muito em suas decisões sendo necessário um preparo maior da equipe de saúde não apenas no fornecimento de informações corretas sem imposições. Mas, sobretudo, dentro de uma visão humanizada que leve em consideração o modo mais favorável e satisfatório para a mulher e a criança.

Uma atenção pré-natal realizada pelo enfermeiro de forma adequada exerce um papel fundamental no desfecho do processo de parto e nascimento e nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Os objetivos dessa assistência são identificar os fatores que possam colocar a saúde materna e fetal sob risco de resultados adversos e saber o momento certo para intervir, reduzindo ou evitando possíveis complicações.

Outro ponto importante é que a qualidade da assistência ao parto está diretamente ligada à capacitação técnica continuada das equipes de saúde na resolução dos problemas mais prevalentes, além do necessário comprometimento com as parcelas mais vulneráveis da população. A enfermagem, nos últimos anos, vem ganhando destaque em diversos segmentos como pesquisa, ensino, assistência, consultoria, entre outros, e ainda pode avançar no processo existente entre o cuidado e a educação em saúde, uma vez que independente da área de atuação, a imagem do enfermeiro como cuidador é indissociável. O enfermeiro ao prestar cuidados ao paciente está educando e também sendo educado, compartilha

informações fazendo da educação uma forma de cuidar, e do cuidado uma forma de educar.

5 REFERÊNCIAS

1. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev Bras Anesthesiol*, 2011; 61: 3: 376-388.
2. Velho MB, Santos EK, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(2):458-66.
3. Leitão FJ. C. Autonomia da mulher em trabalho de parto. (Dissertação) Mestrado em Bioética. Universidade de Lisboa; Faculdade de medicina; Departamento de Bioética; 2010
4. Pimenta LF. Cultura no processo de parturição: contribuições para a enfermagem. [Dissertação], Universidade Federal de Santa Maria: Santa Maria, RS, 2012
5. Figueredo, N. S. V. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010
6. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e materna relacionada ao tipo de parto. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):427-35
7. Ferrari J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010;10(Suppl 2):S409-17.
8. Benute GR, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MC, Francisco RP. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(6):281-5
9. Oliveira AS, Rodrigues DP, Guedes MV, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 32-41.
10. Pereira AL, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene, Fortaleza*, 2011 jul/set; 12(3):471-7.
11. Pimentel TA. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES, 2015.
12. Barros FC, Victora CG, Aquino EM, LEAL MC, Monteiro CA, szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet, Reino Unido*, v.377, n.9780, p.32-46, Maio 2011.

13. Febrasgo, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Entrevista com presidente da Febrasgo sobre a alta taxa de cesáreas. Rio de Janeiro, Jan. 2015.
14. Haddad SM, Cececatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica, Rio de Janeiro, v.33, n.5, p.252-262, Maio. 2011.
15. Jorra MR, Namba A, Spillere RG, Nader S, Nader PJ. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v.55, n.3, p.260-268, Jul./Set. 2011.
16. Pereira AL. Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática. Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010
17. Frello AT, Carraro TE. Componentes do Cuidado de Enfermagem no Processo de Parto. Revista Eletrônica de Enfermagem, Florianópolis, v. 12, n. 5, p. 660-668, mai./ago.
18. Ronconi AP. Dor e Satisfação Durante o Trabalho de Parto em Primigestas: Visão da Parturiente e do Obstetra. Revista Dor, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 277-281, out./dez.
19. Souza TG. A Humanização do Nascimento: Percepção dos Profissionais de Saúde que Atuam na Atenção ao Parto. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-83, set. 2011
20. Pereira SV, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Gestantes Durante o Pré-Natal. Revista Brasileira de Enfermagem, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-664, nov./dez. 2010